Alain Dekker, Irene IJpma en
Martha Martens (Red.)



De Grote Methodiekengids

- definitie
- inventarisatie
- praktische toepasbaarheid
- wetenschappelijke onderbouwing

van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking

University of Groningen Press

De Grote Methodiekengids

Alain Dekker, Irene IJpma en
Martha Martens (Red.)

De Grote Methodiekengids

- definitie
- inventarisatie
- praktische toepasbaarheid
- wetenschappelijke onderbouwing

van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking

Met bijdragen van: Janet Bloemhof, Alain D. Dekker,
Roos Dijkstra, Marieke R. Groen, Marjanne D. van der Hoek,
Johanna H.M. Hovenkamp-Hermelink, Karen van Huizen-
van Oosten, Irene IJpma, Sophie de Jager en Aurora M. Ulgiati

University of Groningen Press

alliade

Uitgegeven door
University of Groningen Press
Broerstraat 4
9712 CP Groningen
Nederland

Citeer als: Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek. (2024). *De Grote Methodiekengids: definitie, inventarisatie, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking*. University of Groningen Press.
https://doi.org/10.21827/6548bc945d46c

Website: www.alliade.nl/pwo/begeleidingsmethodieken
Onder redactie van: Alain Dekker, Irene IJpma, Martha Martens
Correctie: Martha Martens, Baukelina Vries
Figuren: Alain Dekker, Baukelina Vries
Omslagontwerp: Bas Ekkers
Vormgeving en opmaak: LINE UP boek en media bv | Mirjam Kroondijk

ISBN (gedrukt): 978-94-034-3054-6
ISBN (e-boek): 978-94-034- 3053-9
DOI: https://doi.org/10.21827/6548bc945d46c

De Grote Methodiekengids is het resultaat van twee jaar speurwerk door de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade. Vanuit de missie 'een goed en zinvol leven' biedt Alliade zorg en ondersteuning aan ruim 8000 mensen met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen in Friesland. Dit betreft zowel begeleid wonen, werk & dagbesteding als ambulante ondersteuning. Bovendien wordt specialistische screening, diagnostiek en behandeling geleverd. 'Samen elke dag een beetje beter', met die ambitie wordt binnen Alliade gewerkt aan kwalitatieve zorg, ook door middel van kennisontwikkeling. De afdeling PWO beantwoordt praktijkvragen met praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. Hiermee wordt een stevigere onderbouwing gelegd voor de zorg en ondersteuning van Alliade én daarbuiten.

Het onderzoeksteam dat bijgedragen heeft aan *De Grote Methodiekengids* bestaat uit:

Janet Bloemhof
Adviseur zorg & kwaliteit bij de afdeling beleid & kwaliteit en onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0001-5065-3163

Dr. Alain D. Dekker
Hoofd van de afdeling PWO van Alliade en docent-onderzoeker bij de Rijksuniversiteit Groningen/UMCG
https://orcid.org/0000-0001-8771-218X

Roos Dijkstra (tot 1 februari 2023)
Orthopedagoog bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0002-5636-4140

Marieke R. Groen
Gezondheidszorgpsycholoog bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0002-4905-1699

Dr. Marjanne D. van der Hoek
Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0002-7797-3340

Dr. Johanna H. M. Hovenkamp-Hermelink
Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0001-8661-3382

Karen van Huizen-van Oosten
Orthopedagoog-generalist bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0003-0007-7297

Dr. Irene IJpma
Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0002-4327-1607

Sophie de Jager
Orthopedagoog bij de poli van Alliade en in opleiding tot orthopedagoog-generalist ten tijde van het onderzoek

Martha Martens
Redacteur bij de afdeling PWO van Alliade

Aurora M. Ulgiati
Psycholoog bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade
https://orcid.org/0000-0001-6393-946X

Baukelina Vries
Redacteur bij de afdeling PWO van Alliade

Inhoud

1. Inleiding



De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VB) in Nederland staat momenteel voor grote uitdagingen. Dit wordt treffend samengevat in de inleiding van het *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028*: "De zorg voor mensen met een beperking vindt plaats binnen een continu veranderende maatschappelijke context. Er is een krimpende arbeidsmarkt, een toenemende complexiteit in zorgvragen, druk op financiën en krapte op de woningmarkt" (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Vacatures zijn steeds moeilijker in te vullen, met name voor doelgroepen met een hoge zorgzwaarte en hoge psychosociale belasting voor medewerkers, zoals LVB+ en EVB+. Het aantal moeilijk vervulbare vacatures verdrievoudigde in de periode 2016-2021 (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, z.d.). Daarnaast is er aanzienlijk verzuim onder het personeel: het verzuim betrof ruim 8% in de periode 2022-2023 (Vernet, 2023). Uit onderzoek van het CBS blijkt bovendien dat ruim 50% van de medewerkers in de gehandicaptenzorg een te hoge werkdruk ervaart (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022).

Gerelateerd aan deze ontwikkelingen is de handelingsverlegenheid van medewerkers. Er is weliswaar veel ervaring aanwezig onder de ruim 188.000 medewerkers in de gehandicaptenzorg (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, z.d.), maar met alleen een vooropleiding en praktijkervaring ben je er niet. Bijleren is en blijft essentieel, zeker wanneer de complexiteit van zorgvragen toeneemt. Het Kwaliteitskompas heeft de ambitie om richting te geven aan het verder vergroten van de kwaliteit van zorg. Aan de visie op kwaliteit is een aantal uitgangspunten gekoppeld, waaronder: "Professionals leveren kwalitatief goede zorg, zijn betrokken, vakbekwaam en houden hun professionaliteit op peil" (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Het Kwaliteitskompas stelt bovendien dat professionals gebruikmaken van "state of the art kennis (uit onderzoek, van andere professionals en van ervaringsdeskundigen) over goede zorg." Om die opgedane kennis te kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk, is een basis van methodisch werken behulpzaam. Het toetsingskader langdurige zorg van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stelt: "Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners. Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus" (PDCA, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Methodisch werken met de PDCA-cyclus wordt onder andere uitgewerkt in de *Handreiking Ondersteuningsplannen* (Kennisplein Gehandicaptensector, 2023) en benadrukt in de *Leidraad voor mensen met beperkingen en intensieve zorgvragen* (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023).

Hoe rusten we begeleiders, zeker in tijden van personele schaarste en hoge werkdruk, adequaat toe om opgedane kennis toe te passen, methodisch te werken, rekening te houden met behoeften van cliënten én dit systematisch en uniform uit te voeren met collega's op een locatie? Methodieken kunnen hierin zeer behulpzaam zijn. Het werken volgens een methodiek geeft begeleiders (net afgestudeerd of met al jarenlange ervaring in het vak) enerzijds een gedeelde zienswijze en uitgangspunten ten aanzien van de zorg voor een specifieke doelgroep en anderzijds concrete(re) handvatten om uniform(er) en systematisch(er) te handelen. Dit vergroot handelingsbekwaamheid en stelt begeleiders in staat om beter in te spelen op specifieke behoeften en wensen van cliënten. Daarmee is het werken volgens methodieken een van de manieren voor professionalisering. Het zorgt voor bewuste(re) bekwaamheid (minder handelingsverlegenheid) en daarmee (hopelijk) voor passendere, systematischere, doelgerichtere en uniformere zorg die bijdraagt aan het vergroten van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van mensen met VB. Crisissituaties kunnen hiermee vaker voorkomen worden.

Wat is een begeleidingsmethodiek eigenlijk?

Er bestaat geen eenduidige definitie van het begrip 'methodiek'. Het is aan brede interpretatie onderhevig, waarbij verschillende organisaties en ontwikkelaars er verschillende, vaak onduidelijk beschreven definities op nahouden. Het gebrek aan eenduidigheid leidt tot een onoverzichtelijke potpourri aan methoden, methodieken, modellen, programma's, visies, werkwijzen en meer, die steeds wisselend worden beschreven. Het is dan ook algauw onduidelijk wat wel en geen begeleidingsmethodiek is, oftewel uit welk keuzemenu zorginstellingen kunnen kiezen. De huidige situatie van onduidelijkheid resulteert in het vergelijken van appels met peren, of beter gezegd: het vergelijken van appels met een hele fruitschaal. Daarom scherpen we het begrip aan door de toevoeging van 'begeleiding'. De samenstelling 'begeleidingsmethodiek' bevat de specificatie dat het gaat om het begeleiden van mensen met VB en om begeleiders die de dagelijkse begeleiding uitvoeren. In dit boek hanteren we de volgende definitie van een begeleidingsmethodiek:

> Een begeleidingsmethodiek is een duidelijk omschreven begeleidingswijze om de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verhogen. De begeleidingswijze is gebaseerd op een helder geformuleerde zienswijze en daarop gebaseerde uitgangspunten ten aanzien van cliënten. Het betreft een systematische, doorlopende manier van handelen om in te spelen op een specifieke zorgvraag of ondersteuningsbehoefte bij cliënten en/of hun omgeving. Het bestaat uit één of meerdere werkwijzen. Eén of meerdere onderdelen van een begeleidingsmethodiek zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing.

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de totstandkoming van deze definitie en de hieruit volgende tien criteria waaraan een potentiële begeleidingsmethodiek moet voldoen.

Voor wie is een begeleidingsmethodiek bedoeld?

Ieder mens is uniek. Dat laat onverlet dat er ook veel overeenkomsten zijn tussen mensen, waaronder overeenkomsten in beperkingen (en mogelijkheden) en daarmee in ondersteuningsbehoeften. Het classificeren van mensen in doelgroepen is dan ook geen doel op zich of onnodig etiketjes plakken, maar een manier om mensen met soortgelijke ondersteuningsbehoeften samen te brengen en aan te duiden. Medewerkers kunnen daardoor gerichter en passender aansluiten bij mensen.

Het *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg* schrijft: "Goede zorg en ondersteuning is persoonsgericht, dat wil zeggen: het zet de mens centraal en het sluit aan op de mogelijkheden, de wensen en het leven van degenen aan wie professionals elke dag zorg en ondersteuning verlenen. Een standaard aanpak bestaat er daarom niet. Voor professionals is het individuele zorgproces altijd het uitgangspunt, in de wetenschap dat mensen met een beperking vaak groepsgebonden zorg ontvangen" (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). In deze laatste zin zit een belangrijke vraag vervat: hoe kun je groepszorg bieden en daarbinnen toch persoonlijke zorg op maat leveren? Een doelgroepenbenadering sluit een persoonsgerichte benadering niet uit. In tegendeel, beide versterken elkaar. Begeleidingsmethodieken helpen hierin. Het zet de zienswijze, uitgangspunten en de manier van handelen neer die in het algemeen passend is voor een specifieke doelgroep. Binnen die kaders en werkwijze is er ruimte om per cliënt persoonlijk maatwerk te leveren. Daarin is het echter wel van belang dat de begeleidingsmethodiek die op een locatie wordt gebruikt ook past bij alle cliënten op die locatie.

Hoewel er in toenemende mate gespecialiseerde doelgroeplocaties worden opgezet waar mensen met soortgelijke beperkingen samen wonen of werken, bijvoorbeeld dagbesteding voor mensen met dementie of een woonvoorziening gericht op mensen met ZEVMB, is er van oudsher op veel locaties sprake van een gemengde doelgroep met een soms zeer uiteenlopende mate van VB of voorliggende problematiek. Soms is dit praktisch ingegeven (een vrije plek), soms vanuit de gedachte dat mensen zich aan elkaar kunnen optrekken. Echter, met de toenemende complexiteit van zorgvragen, personele schaarste en de noodzaak om de kwaliteit van zorg te verbeteren, rijst de vraag waar de grens ligt van wat van veelal praktisch opgeleide begeleiders verlangd kan worden. Een kleine greep: begeleiders dienen een gezonde leefstijl te bevorderen, goed te kunnen

signaleren (van dementie en dysfagie tot obstipatie en pijn), methodisch te werken, adequaat en doelgericht te rapporteren, et cetera. Door een toename van kennis uit onderzoek en kunde uit de praktijk weten we steeds meer over specifieke problematiek en hoe daarmee om te gaan.

Hoe verhoudt de steeds specialistischere kennis en kunde zich tot de van oudsher generalistische begeleider? Is het in de toekomst nog steeds haalbaar om dat allemaal aan diezelfde begeleider te vragen op die 'gemengde' woning? Kan van een begeleider gevraagd worden om qua kennis en kunde zowel een twintigjarige jongeman met LVB als een zestigjarige vrouw met downsyndroom en dementie goed te begeleiden? Je kunt je afvragen hoe breed een individuele begeleider in de gehandicaptenzorg inzetbaar moet kunnen zijn. Vinden we het normaal om pedagogisch medewerkers in de kinderopvang ook te vragen om er moeilijk opvoedbare pubers bij te doen?

Werken met begeleidingsmethodieken komt hieraan tegemoet: welke cliënten hebben een soortgelijke ondersteuningsbehoefte en kunnen daardoor op een gelijksoortige manier worden begeleid, met andere woorden: met eenzelfde begeleidingsmethodiek? Naast enkele algemenere begeleidingsmethodieken die voor de gehele breedte van de verstandelijk gehandicaptenzorg lijken te zijn gemaakt, is het overgrote deel van de begeleidingsmethodieken gerichter ontwikkeld voor specifieke doelgroepen. In de gehandicaptenzorg worden doelgroepen veelal ingedeeld langs twee assen: op basis van de mate van VB (licht, matig, ernstig of zeer ernstig) of op basis van voorliggende problematiek (denk aan dementie, ernstig probleemgedrag of ernstige visuele beperkingen). In hoofdstuk 2 worden deze doelgroepen verder gedefinieerd.

Kunnen meerdere begeleidingsmethodieken worden gecombineerd?

Aan de ene kant illustreren stellingen als "een beetje Triple-C werkt niet" (Kennisplein Gehandicaptensector, 2022) de redenering dat het onvolledig invoeren van begeleidingsmethodieken onwenselijk is. Aan de andere kant lijken sommige ontwikkelaars het combineren van (delen van) methodieken te onderschrijven. Zo stellen Karen de Geeter en Kirsten Munsterman van de begeleidingsmethodiek LACCS op hun website dat de instrumenten die gebruikt worden in LACCS "prima te combineren zijn" met begeleidingsmethodiek Triple-C (De Geeter & Munsterman, z.d.). Maar als je gaat combineren, werk je dan nog wel volledig volgens de begeleidingsmethodiek? Zo'n aangepaste variant is niet onderzocht en onderbouwd en doorbreekt de zorgvuldige opzet en samenhang die meestal binnen een begeleidingsmethodiek is gecreëerd.

Het is bovendien de vraag of het combineren van (elementen van) begeleidingsmethodieken goede implementatie bevordert en werkbaar is voor begeleiders. Moet je steeds, afhankelijk van de cliënt die je voor je hebt, schakelen tussen begeleidingsmethodieken? Werk je de ene dag volgens het stappenplan van begeleidingsmethodiek A en de andere dag volgens de werkwijze van B? Daarin dient ook de draagkracht van begeleiders te worden meegewogen die naast hun reguliere werk bijscholing dienen te volgen en de opgedane kennis en kunde in hun dagelijks werk dienen te implementeren. Wat kan een zorginstelling van begeleiders verlangen? En wat te denken van organisatorische belemmeringen, zoals dubbele scholing en dubbele kosten. Ruim 85% van de medewerkers in de gehandicaptenzorg is laag of middelbaar opgeleid (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, z.d.). Hoeveel begeleidingsmethodieken met bijbehorende scholingen, werkafspraken, et cetera zijn uitvoerbaar op een locatie? Dat dit terechte vragen zijn wordt onderstreept door uitkomsten uit een recente inventarisatie van het Nivel in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Hieruit kwamen enkele belemmerende factoren voor het starten met erkende interventies naar voren als niet passend bij strategiebeleid, niet alles tegelijk kunnen/veel scholingsaanbod en niet aansluiten bij de werkwijze van zorgprofessionals, zoals te veel tijd kosten (Bemelmans et al., 2022). Implementeren van een begeleidingsmethodiek is geen sinecure, laat staan het implementeren van (elementen van) meerdere begeleidingsmethodieken.

In *De Grote Methodiekengids* wordt daarom het uitgangspunt gehanteerd dat begeleiders op een woon- of dagbestedingslocatie met één begeleidingsmethodiek werken. Daaruit volgt ook dat het kiezen voor een begeleidingsmethodiek consequenties heeft voor de groepssamenstelling van cliënten: 'bestempel' je een woning als een gespecialiseerde dementiewoning waar gewerkt wordt met een begeleidingsmethodiek voor mensen met VB en dementie, dan is het vanzelfsprekend onwenselijk om een vrijkomende plaats in te laten vullen door iemand zonder dementie. Juist door cliënten met een overeenkomstige ondersteuningsbehoefte, die gebaat zijn bij begeleiding middels dezelfde begeleidingsmethodiek, samen te brengen op een locatie ontstaat een gerichte focus en voedingsbodem voor kwaliteitsverbetering:

- De doelgroep heeft (grotendeels) dezelfde ondersteuningsbehoefte.
- Daar sluit de keuze voor één bijpassende begeleidingsmethodiek bij aan.
- Het volledige team van begeleiders is getraind in de kernmerken van deze doelgroep en de begeleidingsmethodiek en houdt dit actief bij (bij- en nascholing).

Waarom is het kiezen van een passende begeleidingsmethodiek per doelgroep lastig?

In toenemende mate kiezen zorginstellingen voor het invoeren van begeleidingsmethodieken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Methodieken zijn in: of je nu het *Kennisplein Gehandicaptensector* bekijkt of een willekeurig congresprogramma doorneemt, methodieken zijn overal. Een beargumenteerde keuze maken voor een begeleidingsmethodiek is echter geen sinecure. Daarbij zijn drie terugkerende problemen te onderscheiden:

1) Onduidelijkheid van definitie

Zoek je een methodiek, dan vind je vaak ook behandelingen, benaderingswijzen, hulpmiddelen, interventies, methoden, modellen, programma's, therapieën, visies, werkwijzen en ga zo maar door. Wat is nu eigenlijk wat? Hoe vergelijk je als zorginstelling, in een warboel van definities, nu appels met appels in plaats van appels met de hele fruitschaal?

2) Gebrek aan een compleet overzicht van methodieken per doelgroep

Het in 2019 verschenen *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* geeft een gedeeltelijk overzicht, maar omvat naast methodieken ook interventies, trainingen en anderszins (De Bruijn & Twint, 2019). Databanken zoals de *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg* (Vilans, z.d.), de *Databank effectieve jeugdinterventies* (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.) en de *Databank effectieve sociale interventies* (Movisie, z.d.) zijn lovenswaardige initiatieven die mogelijk op termijn een landelijk overzicht kunnen geven. Echter, op dit moment ontbreken veel begeleidingsmethodieken in de databanken en is het niet mogelijk hierop te filteren: de wél opgenomen interventies zijn veelal geen begeleidingsmethodiek.

3) Onduidelijkheid over praktische toepasbaarheid en effectiviteit

Informatie over de ontwikkeling, de toepasbaarheid en de werkzaamheid van de methodiek is overwegend geschreven door de ontwikkelaars zelf. Deze niet-onafhankelijke beschrijvingen brengen het risico met zich mee van een (te) positieve voorstelling van zaken, onder andere over het (te verwachten) effect. Een aantal methodieken is bovendien vercommercialiseerd, waardoor ook zakelijke belangen een rol kunnen spelen. Waarop zijn beloften en uitspraken over de methodiek gebaseerd? Onderzoek is vaak beperkt en praktijkervaringen zijn moeilijk na te gaan. Dat ontwikkelaars zich laten voorstaan op enkele (vaak lastig verifieerbare) succesverhalen over hun methodiek valt

te verwachten. Maar hoe duid je dat als zorginstelling? Waarop baseer je een keuze voor een methodiek? En hoe weeg je methodieken tegen elkaar af? Hoe toepasbaar is de begeleidingsmethodiek in kwestie? En werkt het ook aantoonbaar? Veel vragen, weinig antwoorden.

Kortom, zorginstellingen moeten keuzes maken op basis van veelal onvolledige, versnipperde en deels gekleurde informatie. Oftewel, zij moeten "met 50% van de kennis 100% van de besluiten nemen en de gevolgen daarvan dus ook dragen" (Rutte, 2020). Dat laatste is niet onbelangrijk: de keuze voor een begeleidingsmethodiek heeft (verregaande) gevolgen voor cliënten en hun kwaliteit van leven. Zorginstellingen hebben een belangrijke verantwoordelijkheid hierin.

Welke verantwoordelijkheid heeft een zorginstelling?

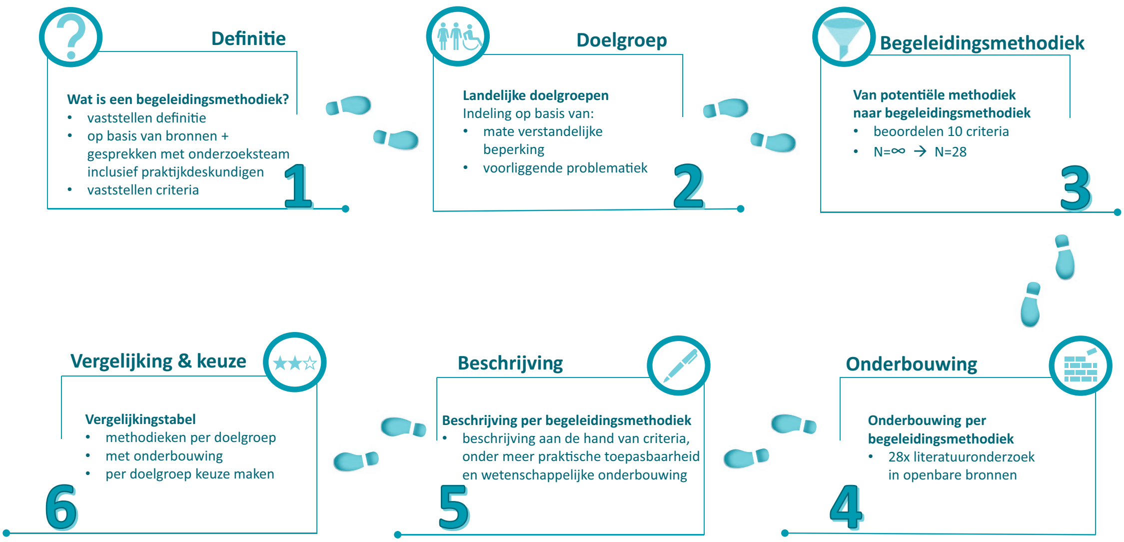
Het *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg* stelt dat zorginstellingen verantwoordelijk zijn "voor het creëren van randvoorwaarden, zodat professionals hun werk goed kunnen doen en zij de mensen aan wie zij zorg en ondersteuning verlenen, centraal kunnen stellen. (…) bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van ruimte, tijd en geld voor de ontwikkeling van professionals, en voor de ontwikkeling van passende leermiddelen en kennisstrategieën." In overeenstemming hiermee hebben zorginstellingen een verantwoordelijkheid om de, op dat moment, beste begeleidingsmethodiek per doelgroep te kiezen en de randvoorwaarden te scheppen om deze goed te implementeren. Het Zorginstituut Nederland stelt in het recent verschenen *Kader Passende zorg* dat het "begint op groepsniveau met de beoordeling van de 'stand van wetenschap en praktijk'. Voor zowel nieuwe als bestaande vormen van zorg moet aannemelijk zijn dat zorg effectief en doelmatig bijdraagt aan het leven van mensen" (Zorginstituut Nederland, 2022).

Als het gaat over begeleidingsmethodieken, dan betekent 'de beste' dus een zorgvuldige balans tussen wetenschappelijke onderbouwing en praktische toepasbaarheid. Immers, een perfect onderbouwde begeleidingsmethodiek die te veel tijd kost, is onuitvoerbaar gezien de personeelsschaarste. Andersom, middelen vrijmaken om een interessante begeleidingsmethodiek in te voeren waarvan de werkzaamheid niet aangetoond is, is niet doelmatig. Zorginstellingen zouden daarom, rekening houdend met hun eigen doelgroepen en omstandigheden, goed vergelijkend onderzoek moeten kunnen doen, opdat gedegen en onderbouwde keuzes kunnen worden gemaakt. Zo'n vergelijkend methodiekenonderzoek uitvoeren blijkt niet makkelijk. Alliade heeft dit getracht te doen met als resultaat *De Grote Methodiekengids*. We delen de uitkomsten graag met

iedereen die voor dezelfde keuzes staat. Dat voorkomt (hopelijk) dat overal in het land soortgelijke inventarisaties en vergelijkende warenonderzoeken worden ondernomen. Dat is niet efficiënt, zeker niet in deze tijd van schaarste.

Waarvoor dient De Grote Methodiekengids?

Dit boek is een gids door het methodiekenwoud. Het is het resultaat van onderzoek van de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade. Alliade biedt zorg, ondersteuning, diagnostiek en behandeling aan ruim 8000 mensen met VB en kwetsbare ouderen in de provincie Friesland. In het kader van de ambitie van Alliade om 'samen elke dag een beetje beter' te worden, ontstond de vraag om onderzoek te doen naar begeleidingsmethodieken om gedegen keuzes hierin te faciliteren. Om tot keuzes te komen moest veel worden uitgezocht. Dit is weergegeven in de zes stappen in de routekaart hieronder. Deze routekaart vat de stappen in het onderzoeksproces samen en fungeert als gids door dit boek.



Figuur 1.1. Schematisch stappenplan van het onderzoek.

Na de definitie van en de criteria voor begeleidingsmethodieken (stap 1, hoofdstuk 2) en een overzicht van doelgroepen in de gehandicaptenzorg (stap 2, hoofdstuk 3), presenteert *De Grote Methodiekengids* het eerste vergelijkend methodiekenonderzoek door antwoord te geven op vier veelgehoorde vragen in de praktijk:

- Welke begeleidingsmethodieken zijn er in Nederland beschikbaar? (stap 3)
- Voor welke doelgroep(en) is de begeleidingsmethodiek ontwikkeld? (stap 4)
- Hoe toepasbaar is de begeleidingsmethodiek in de dagelijkse praktijk? (stap 5)
- Wat is de wetenschappelijke onderbouwing van de begeleidingsmethodiek? (stap 5)

Hoofdstuk 4 bespreekt de gevonden begeleidingsmethodieken bedoeld voor doelgroepen op basis van de mate van VB: alle niveaus (VB algemeen), lichte VB (LVB), matige VB (MVB), ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen (EV(M)B) en zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEVMB). Hoofdstuk 5 gaat in op de gevonden begeleidingsmethodieken die gericht zijn op doelgroepen met specifieke voorliggende problematiek: autismespectrumstoornis, dementie, ernstig probleemgedrag en ernstige visuele beperking. Per doelgroep wordt een samenvattende vergelijkingstabel gepresenteerd met begeleidingsmethodieken en hun onderbouwing (stap 6). Op basis van de beschrijvingen (stap 5) en de vergelijking (stap 6) per doelgroep kan vervolgens een keuze voor een begeleidingsmethodiek gemaakt worden.

Daar waar de meeste publicaties over begeleidingsmethodieken tot dusver zijn geschreven door de ontwikkelaars zelf, geeft dit boek een onafhankelijk en zo objectief mogelijk overzicht van begeleidingsmethodieken. Het is het resultaat van twee jaar onderzoek door tien onderzoekers (gedragskundige-onderzoekers en senior onderzoekers) van de afdeling PWO. Zij hebben geen 'aandelen in' de begeleidingsmethodieken. En als één van de projectleden bekend was met of geschoold was in een bepaalde begeleidingsmethodiek, dan werd de desbetreffende begeleidingsmethodiek juist door andere teamleden onder de loep genomen. Alles om zo neutraal mogelijk te bepalen of een potentiële begeleidingsmethodiek ook echt een begeleidingsmethodiek is, hoe toepasbaar deze is en wat de onderbouwing ervan is.

Bovenstaande onderzoeksvragen klinken simpel, maar de eerlijkheid gebied te zeggen dat dit misschien wel het lastigste onderzoek is geweest dat de afdeling PWO tot dusver heeft uitgevoerd. Iedere vraag in dit onderzoek leverde nieuwe vragen op. Iedere definitie die we ergens vonden, vergrootte juist de verwarring. Het vinden van alle mogelijke methodieken bleek een speurtocht waarbij wetenschappelijk literatuuronderzoek te beperkt bleek. Het internet moest worden afgestruind om op allerhande websites de benodigde informatie te vinden. En dan bleek die informatie vaak nog verre van compleet om te beoordelen of het daadwerkelijk een begeleidingsmethodiek betrof.

Als we dan op basis van de (beperkte) informatie eenmaal consensus hadden bereikt over het predicaat begeleidingsmethodiek of niet, dan bleek de doelgroep vaak lastiger vast te stellen dan gedacht. Een regelmatig terugkerend fenomeen: een begeleidingsmethodiek die oorspronkelijk werd ontwikkeld voor doelgroep A, wordt na verloop van tijd ook aangeprezen voor doelgroepen B, C, en D op basis van niet te controleren ervaringen. In dit boek benoemen we dan ook alleen de oorspronkelijke doelgroep waarvoor de begeleidingsmethodiek is ontwikkeld en/of onderzocht. Andere doelgroepen met VB worden alleen vermeld wanneer er in een later stadium alsnog onderzoek is verricht naar de werkzaamheid van de methodiek bij die doelgroepen en/of de doorontwikkeling/-vertaling naar die doelgroepen is verantwoord.

Het uitpluizen van de praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing bleek de lastigste klus. Ontwikkelaars omgeven hun begeleidingsmethodieken in het publieke domein kennelijk graag met een zweem van vaagheid en een dozijn aan open deuren. Zelden bleek de praktische toepasbaarheid helder weergegeven in openbare bronnen, zoals websites of boeken over de begeleidingsmethodiek. Het nagaan van de wetenschappelijke onderbouwing bleek eveneens geen peulenschil. We speurden lang naar moeilijk vindbare bronnen, probeerden de kern te vinden tussen pagina's vol algemeenheden en doorzochten talrijke rapporten, scripties en andere grijze literatuur. Soms van heel gedegen, soms van bedenkelijke kwaliteit.

De aanhouder wint. Twee jaar doorzetten heeft geleid tot een vergelijkend methodiekenonderzoek waar de praktijk, naar ons idee, echt mee geholpen is. Het onderzoek heeft uiteindelijk 28 keer het predicaat begeleidingsmethodiek gegeven. In *De Grote Methodiekengids* worden per doelgroep de daarvoor ontwikkelde begeleidingsmethodieken beschreven volgens een vaste opzet: overzicht, algemene beschrijving, zienswijze, uitgangspunten, doel, systematische werkwijze, doorlopende manier van handelen, toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg en wetenschappelijke onderbouwing. De beknopte beschrijvingen hierover zijn gestoeld op openbare informatie van de ontwikkelaars en weerspiegelen dus niet de mening van de afdeling PWO. Om het keuzeproces te faciliteren wordt een vergelijkingstabel gegeven van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken per doelgroep.

Is De Grote Methodiekengids écht compleet?

Wij kunnen niet garanderen compleet te zijn. Doordat broninformatie nergens centraal te vinden is, blijft het mogelijk dat begeleidingsmethodieken zijn gemist of de informa-

tie over de opgenomen 28 stuks onvolledig is. Om de kans op onvolledigheid zo klein mogelijk te maken, hebben we met een weloverwogen werkwijze getracht zo systematisch en objectief mogelijk te werk te gaan. Onze methodologische verantwoording is beschreven in hoofdstuk 6. Wij zien deze uitgave ook niet als iets statisch, maar als een boek dat periodiek geactualiseerd zou moeten worden met nieuwe begeleidingsmethodieken en nieuwe resultaten over bestaande begeleidingsmethodieken.

Bronvermelding hoofdstuk 1

Bemelmans, W., Voss, H. & Francke, A. (2022). *Implementatie van erkende effectieve interventies in de voor de langdurige zorg*. Beschikbaar: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004252.pdf.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (7 november 2022). *Helft zorgwerknemers vindt werkdruk te hoog*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/46/helft-zorgwerknemers-vindt-werkdruk-te-hoog.

De Bruijn, J. & Twint, B. (2019). *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk). Boom uitgevers.

De Geeter, K. & Munsterman, K. (z.d.). *LACCS en Triple-C: wat zijn de verschillen*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.laccsprogramma.nl/achtergronden/154-laccs-en-triplec.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben*. Beschikbaar: www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2017/07/01/toetsingskader-voor-zorgaanbieders-waar-mensen-wonen-die-langdurige-zorg-nodig-hebben.

Kennisplein Gehandicaptensector. (15 maart 2022). *Een beetje Triple-C werkt niet*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/een-beetje-triple-c-werkt-niet.

Kennisplein Gehandicaptensector. (25 mei 2023). *Handreiking ondersteuningsplannen*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/handreiking-ondersteuningsplannen.

Movisie. (z.d.). *Databank effectieve sociale interventies.* Beschikbaar: www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Databank effectieve jeugdinterventies*. Beschikbaar: www.nji.nl/interventies.

Rutte, M. (12 maart 2020). *Letterlijke tekst persconferentie minister-president Rutte en minister Bruins naar aanleiding van de maatregelen tegen verspreiding coronavirus in Nederland*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/03/12/persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-bruins-naar-aanleiding-van-de-maatregelen-tegen-verspreiding-coronavirus-in-nederland.

Stuurgroep Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 – 2028: Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan.* Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-08/kwaliteitskompas-GHZ_augustus2023_DEF.pdf.

Stuurgroep Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg. (2023). *Perspectief op persoonsgerichte zorg: Leidraad voor mensen met beperkingen en intensieve zorgvragen*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-07/Leidraad_persoongerichte%20zorg_juli%202023_def.pdf.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (z.d.). *Factsheet arbeidsmarkt: medewerkers in de gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.vgn.nl/feiten-en-cijfers-de-gehandicaptenzorg.

Vernet. (2023). *Factsheet gehandicaptenzorg - 2023 - Q1*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-04/Vernet%20-%20Factsheet%20Gehandicaptenzorg%20-%202023%20-%20Q1.pdf.

Vilans. (z.d.). *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg*. Beschikbaar: www.databankinterventies.nl.

Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg*. Beschikbaar: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg.

2. Wat is een begeleidingsmethodiek?



Welke methodieken zijn in Nederland beschikbaar voor mensen met VB? Een ogenschijnlijk eenvoudige vraag die niet te beantwoorden valt zonder vast te stellen wat zo'n methodiek nu eigenlijk behelst. Als de vraag had geluid 'welke geneesmiddelen zijn beschikbaar' dan had vrijwel iedereen, werkzaam in de zorg of niet, begrepen wat er wordt bedoeld. Zodra het gaat om methodieken is de verwarring echter groot.

2.1. **Etiketten**

Bij gebrek aan een uniforme definitie worden diverse etiketten voor een soortgelijk product gebruikt door ontwikkelaars, zorginstellingen en anderen. Zo zijn de drie M's (methoden, methodieken en modellen) populair. Verder passeren basishoudingen, behandelingen, bejegenings- en benaderingswijzen, interventies, programma's, hulpmiddelen, therapieën en werkwijzen de revue. Gevoelsmatig is er een verschil, maar waar zit 'm dat dan in? Wanneer is een methode een methodiek en wanneer niet? Afgaan op de etiketten die de ontwikkelaars op hun 'product' plakken kunnen we helaas niet. Drie situaties vielen ons op die het lastig maken om methodieken te inventariseren en met elkaar te vergelijken.

1) Wijd verspreid gebruik van het etiket 'methodiek'

Door het huidige gebrek aan een scherpe afbakening van het begrip '(begeleidings-) methodiek' in de gehandicaptenzorg, wordt kwistig met dit etiket gestrooid op bijeenkomsten en websites. Misschien wel om snel gevonden te worden op Google? Maar is het product in kwestie ook echt een methodiek? Als zes soorten noten worden fijngehakt, samengeperst tot een pil en gepresenteerd als een geneesmiddel, dan denkt iedereen wel twee keer na voordat dit wordt overgenomen. Bij methodieken is het tegenovergestelde het geval: als een ontwikkelaar het een methodiek noemt, dan zal het wel zo zijn, lijkt de redenering.

2) Algemeen etiket

De etiketten 'methode' en 'model' worden veel toegepast, maar zijn dermate algemeen dat je er nog alle kanten mee op kunt. Willen ontwikkelaars definitiegedoe voorkomen? Of kennen zij zelf niet goed het onderscheid tussen de termen? Feit is dat algemene etikettering voor onduidelijkheid zorgt over wat het product nu precies is en waar het mee vergeleken kan worden. Veelal moet eerst een boek of website uitgeplozen worden om het antwoord te vinden. En soms blijft op basis van de openbare bronnen twijfel bestaan.

3) Meerdere etiketten

Af en toe worden meerdere etiketten voor hetzelfde 'product' gebruikt. Soms introduceren ontwikkelaars deze verwarring zelf, soms is dit ook te wijten aan anderen (zorgin-

stellingen, websites, et cetera) die niet hetzelfde jargon hanteren. Neem bijvoorbeeld de begeleidingsmethodiek Triple-C. In het boek *Triple-C, tot hier en verder* uit 2021 stellen de ontwikkelaars: “Triple-C is een behandel- en organisatiemodel dat menswaardigheid bevordert. Het bestaat uit een visie en methodiek voor de begeleiding en behandeling van mensen met een beperking, die daarnaast gedragsproblemen of psychische problemen hebben. (…) Je kunt de Triple-C-methodiek tekenen als een ‘huis’ met verschillende bouwstenen. Dit noemen we het Triple-C-behandelhuis” (Van Wouwe & Van de Weerd, 2021). Model, visie, methodiek en behandelhuis op één pagina.

Een bijzondere variant van ‘meerdere etiketten’ is het wijzigen van het etiket over de tijd bij een nieuwe uitgave of versie. Een voorbeeld betreft het Opvoedings-/ondersteuningsprogramma voor personen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. De titel van het proefschrift van ontwikkelaar Carla Vlaskamp uit de jaren 90 luidt *Een kwestie van perspectief. Methodiekontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten.* Het programma of de methodiek stond eerder in de praktijk ook bekend als methode Vlaskamp. In 2021 is de naam gewijzigd naar Programma Perspectief. Inhoudelijk lijkt er, op enige aanscherping na, weinig veranderd. Wat is het verschil tussen methode, methodiek en programma? Op internet vind je ook nog samentrekkingen als methode Perspectief.

Een ander voorbeeld is Contact voor mensen met aangeboren doofblindheid. Hoewel het al bijzonder lastig is om hierover openbare bronnen te vinden (zo ontbreekt een eigen website), wordt het vinden van informatie bemoeilijkt doordat een uitbreiding van Contact door het leven gaat als Hoge Kwaliteit Communicatie interventie (HKC). Zoek je op Contact, dan vind je diverse bronnen over HKC niet en vice versa. De ontwikkelaars blijken HKC inmiddels omgedoopt te hebben tot Kwaliteit in Communicatie (KiC), dat ook als methode wordt aangeduid. Visio stelt op haar website: “De methode KiC is een interventie voor communicatiepartners van mensen met aangeboren doofblindheid, of een visuele en/of auditieve beperking in combinatie met een verstandelijke beperking. (…) De methodiek maakt onder meer gebruik van videofeedback” (Visio, z.d.). Hoe verhoudt het zich nu tot elkaar? Is KiC de uitbreiding die eerder HKC heette of is KiC zelf een methodiek geworden? Een andere naam voor Contact of toch iets anders?

Kortom, eenheid van taal en goed overzicht missen. Eenheid van taal is geen doel op zich, maar wel nodig om in de gehandicaptenzorg een gezamenlijk jargon te hebben waarmee we appels met appels kunnen vergelijken in plaats van appels met peren. Hoe-

wel de neiging sterk is om een nieuwe term te poneren die goed afgebakend en omschreven is, is het de vraag of we daarmee het probleem oplossen of juist vergroten. Het woord methodiek wordt veel gebezigd in de gehandicaptenzorg en het kost jaren voordat een nieuw begrip is ingeburgerd in de sector. Het aanscherpen van de definitie van methodiek lijkt dan ook een logischere keuze. Veel methodieken *zijn* ook inderdaad methodieken.

2.2. Methodiek wordt begeleidingsmethodiek

Het is tijd om het begrip methodiek aan te scherpen zodat spraakverwarring wordt verminderd en het liefst voorkomen. Allereerst door de toevoeging van de specificatie 'begeleiding'. De nieuwe samenstelling begeleidingsmethodiek is veel vanzelfsprekender. Het gaat om begeleiding van mensen met VB en op dagelijkse basis wordt dit werk uitgevoerd door (professionele) begeleiders. Deze aanscherping voorkomt bovendien dat medische, verpleegkundige of andere methodieken het gesprek over en de keuze voor begeleidingsmethodieken vertroebelen. Hamvraag: wat is een begeleidingsmethodiek nu eigenlijk?

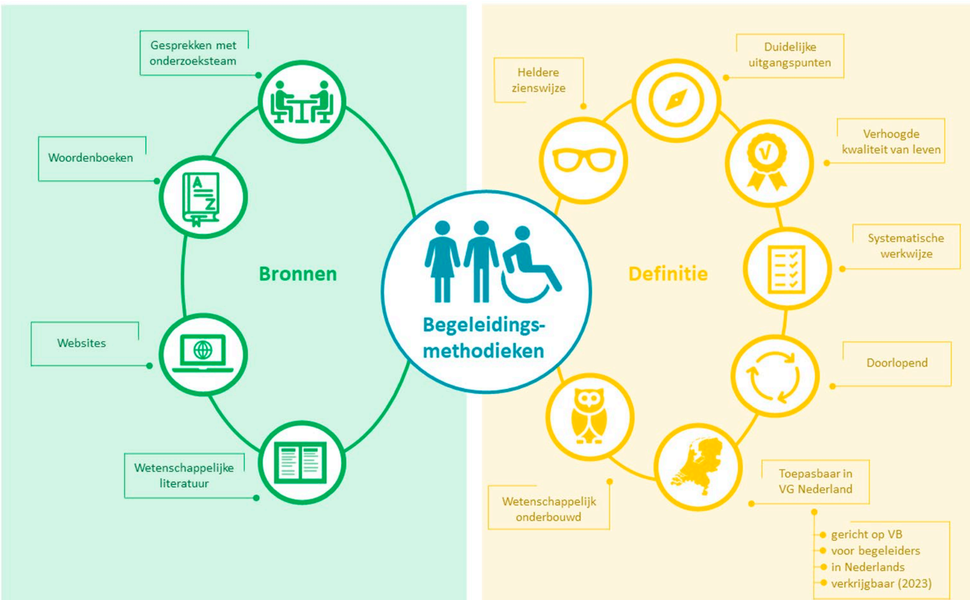


Figuur 2.1. Schematisch stappenplan van het onderzoek. Stap 1 bestaat uit het definiëren van een begeleidingsmethodiek met bijbehorende criteria.

2.3. **Definitie van begeleidingsmethodiek**

Tot op heden bleek er geen goed afgebakende definitie te zijn voor een begeleidingsmethodiek, waardoor iedereen hier iets anders onder kan verstaan. Toch blijken op basis van onze verkenning verschillende 'ingrediënten' aan een methodiek te worden toegekend. Op basis van woordenboeken, kennispleinen, webpagina's van vakverenigingen, literatuur en praktijkervaringen heeft het onderzoeksteam een werkdefinitie van een begeleidingsmethodiek opgesteld en hierover consensus bereikt:

> Een begeleidingsmethodiek is een duidelijk omschreven begeleidingswijze om de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verhogen. De begeleidingswijze is gebaseerd op een helder geformuleerde zienswijze en daarop gebaseerde uitgangspunten ten aanzien van cliënten. Het betreft een systematische, doorlopende manier van handelen om in te spelen op een specifieke zorgvraag of ondersteuningsbehoefte bij cliënten en/of hun omgeving. Het bestaat uit een of meerdere werkwijzen. Een of meerdere onderdelen van een methodiek zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing.



Figuur 2.2. Geïllustreerd overzicht van de totstandkoming van de definitie van begeleidingsmethodiek (links) en de gestelde criteria in deze definitie waaraan een potentiële begeleidingsmethodiek moet voldoen om het predicaat begeleidingsmethodiek te krijgen (rechts). De praktische toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg bestaat uit vier delen: de methodiek moet 1) gericht zijn op mensen met VB, 2) bedoeld zijn voor begeleiders/begeleiding, 3) beschikbaar zijn in het Nederlands en 4) thans nog verkrijgbaar zijn in Nederland.

Hierbij moet worden opgemerkt dat een begeleidingsmethodiek ook elementen van behandeling kan bevatten. Het Zorginstituut Nederland omschrijft het onderscheid tussen begeleiding en behandeling als volgt: "Van *behandeling* is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder begrepen het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening, voor zover:

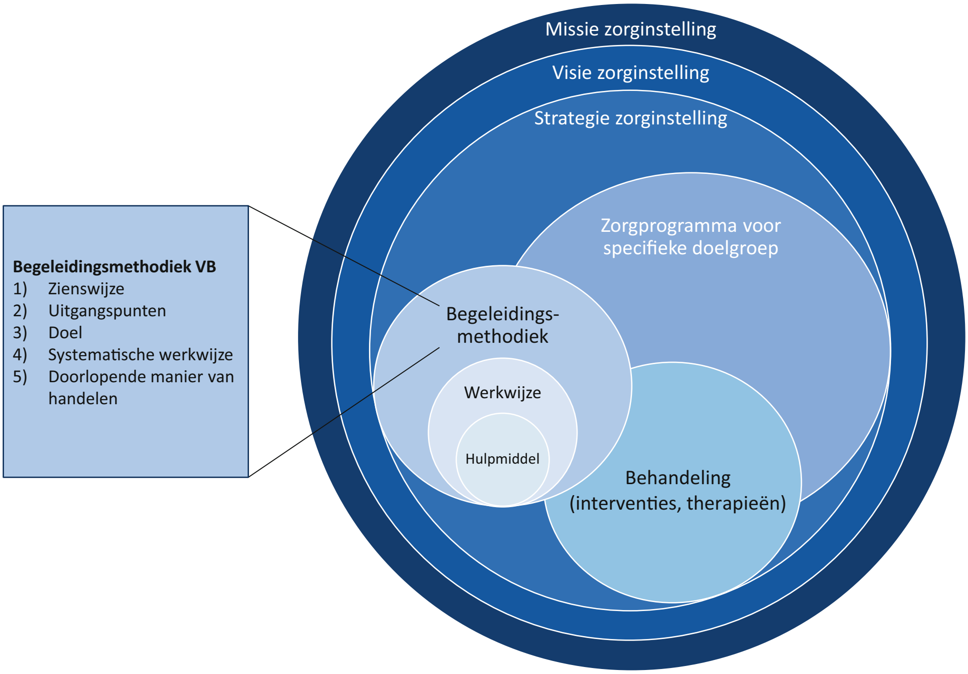
- de interventie gestructureerd is,
- programmatisch is,
- zich richt op een specifiek behandeldoel.

De functie *begeleiding* omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid" (Zorginstituut Nederland, z.d.).

Begeleiding en behandeling komen veelal samen voor in de gehandicaptenzorg en zijn nauw met elkaar verbonden; ze lopen in elkaar over (Embregts et al., 2019; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2022). Terwijl bij behandeling vaak klassiek wordt gedacht aan een-op-eencontact tussen behandelaar en cliënt, wordt behandeling in de gehandicaptenzorg breder geïnterpreteerd. Naast het feit dat behandelaren zelf behandeling kunnen geven, kunnen zij ook behandeladviezen geven aan begeleiders. Met deze zogenaamde mediërende behandeling geeft de behandelaar samen met het begeleidingsteam vorm aan de dagelijkse begeleiding. Daarnaast hebben begeleiders ook een vertalende rol van cliënt naar behandelaar en vice versa (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2022).

Bij het lezen van *De Grote Methodiekengids* is het goed om in het achterhoofd te houden dat begeleiding en behandeling dus geen gescheiden werelden zijn, maar dat elementen van behandeling veelal onlosmakelijk verbonden zijn met begeleiding. Figuur 2.3 laat deze verwevenheid schematisch zien. Bovendien toont figuur 2.3 hoe een methodiek zich in een zorginstelling verhoudt tot gerelateerde begrippen, zoals de missie, visie en strategie van de zorginstelling, zorgprogramma's, werkwijzen en hulpmiddelen. In onze definitie van methodiek wordt desalniettemin alleen begeleiding extra benadrukt: *begeleidings*methodiek. Hiermee wordt de begeleider centraal gesteld: hoewel een of meerdere behandelaren betrokken kunnen zijn in de begeleiding en bij het inzetten

van een methodiek, gaat het er uiteindelijk om dat begeleiders voor de dagelijkse begeleiding uit de voeten kunnen met de methodiek. Dit onderscheidt een begeleidingsmethodiek dan ook van behandelinterventies of -therapieën die door behandelaren zelf worden gegeven (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, psychomotorische therapie, enzovoorts) of trainingen voor cliënten.



Figuur 2.3. Illustratie van de plek van begeleidingsmethodieken in relatie tot missie, visie, strategie, zorgprogramma, therapieën/interventies, werkwijzen en hulpmiddelen. Een zorginstelling heeft idealiter per doelgroep een zorgprogramma. Een zorgprogramma is een samenhangend multidisciplinair geheel wat betreft de organisatie van de zorg, gebaseerd op richtlijnen en wet- en regelgeving, dat beschrijft aan welke standaarden de zorg moet voldoen. Een begeleidingsmethodiek is daar een onderdeel van, maar ook het proces van screening, diagnostiek, risico-inventarisatie en risicotaxatie van cliënten bij intake, de eisen aan huisvesting, het scholingsplan voor alle betrokken medewerkers (ook buiten de begeleidingsmethodiek om), enzovoorts. Een begeleidingsmethodiek kan voor meerdere doelgroepen geschikt zijn en dus zijn opgenomen in meerdere zorgprogramma's. Idem dito voor interventies en therapieën. Soms bevatten begeleidingsmethodieken een behandelcomponent, die ook op zichzelf kan staan.

2.4. Criteria voor een begeleidingsmethodiek

Als logische gevolgtrekking uit de definitie volgen tien criteria voor een begeleidingsmethodiek in de Nederlandse gehandicaptenzorg. In een ideale situatie zouden alle tien criteria nader geoperationaliseerd worden, dat wil zeggen nauwkeurig omschreven worden om ze meetbaar te maken (Van Dale). Aangezien begeleidingsmethodieken in de brede zin omgeven zijn met algemeenheden en onduidelijkheden, bleek het niet mogelijk om alle tien de criteria volledig te operationaliseren. Bijvoorbeeld: 'een helder geformuleerde zienswijze'. Wanneer is er sprake van een zienswijze? En wanneer is die helder genoeg? Hier kan lang over gesproken worden. Omdat deze methodiekengids als voornaamste doel heeft om orde te scheppen in de chaos, is voor een aantal criteria besloten om deze niet zelf te operationaliseren maar af te gaan op wat ontwikkelaars hierover zeggen. Het gaat dan om de zienswijze, uitgangspunten, doelstelling ten aanzien van kwaliteit van leven en systematische werkwijze. Het is aan de lezer om zich een mening te vormen over de door de ontwikkelaars beschreven punten. De overige criteria zijn wel geoperationaliseerd.

Criterium: gericht op verstandelijke beperking (geoperationaliseerd)

Vanzelfsprekend moet een begeleidingsmethodiek gericht zijn op mensen met VB. Een VB wordt officieel gekenmerkt door significante beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren. Het ontstaat voor het 22e levensjaar (Schalock et al., 2021). Voor dit criterium wordt niet getoetst op de naleving van deze definitie. Het volstaat wanneer de ontwikkelaars aangeven dat de begeleidingsmethodiek ontwikkeld is voor mensen met VB. Dit geldt ook voor mensen met zwakbegaafdheid die vanwege beperkingen in adaptief functioneren toch een beroep doen op de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een methodiek zou in een andere sector ontwikkeld kunnen zijn, bijvoorbeeld in de ouderenzorg, maar het kan wat ons betreft pas het predicaat begeleidingsmethodiek in de gehandicaptenzorg krijgen als er ook daadwerkelijk onderzoek is gedaan naar de doorvertaling naar of het gebruik bij mensen met VB.

Criterium: voor begeleiders (geoperationaliseerd)

De begeleidingsmethodiek dient primair over begeleiding te gaan en voornamelijk gebruikt te worden door begeleiders. Het lijkt een open deur, maar het is een belangrijk onderscheid met trainingen voor cliënten of interventies die behandelaren in

een-op-eencontact geven. Bovendien moeten begeleiders in hun dagelijkse werk met de begeleidingsmethodiek uit de voeten kunnen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld losstaande evaluatiemethoden die een of enkele keren per jaar plaatsvinden om de zorg te verbeteren. In dit boek hanteren we de brede term begeleider, ook als we doelen op persoonlijk begeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, (z-)verpleegkundigen en inhoudelijk soortgelijke functies met andere functietitels.

Criterium: beschikbaar in het Nederlands (geoperationaliseerd)

Aangezien dit boek gaat over begeleidingsmethodieken die toepasbaar zijn in de Nederlandse gehandicaptenzorg anno 2023, is een aanvullend criterium gesteld: de begeleidingsmethodiek dient beschikbaar te zijn in het Nederlands, waarmee een onderscheid wordt gemaakt met potentiële begeleidingsmethodieken die in andere talen gevonden worden.

Criterium: verkrijgbaar in Nederland (geoperationaliseerd)

Bovendien dient het materiaal van de begeleidingsmethodiek, zoals boeken, cursussen en handleidingen anno 2023 nog verkrijgbaar te zijn. Het valt namelijk op dat (veelbelovende) begeleidingsmethodieken soms lijken te hangen op één of enkele personen of een specifieke zorginstelling. Valt zo'n persoon weg of slaat de desbetreffende zorginstelling een andere weg in, dan komt de beschikbaarheid van de begeleidingsmethodiek in het gedrang. Niet-werkende linken naar websites, boeken die alleen nog tweedehands verkrijgbaar zijn of cursussen die jaren geleden voor het laatst gegeven zijn, het komt allemaal voorbij.

Criterium: aanwezigheid van zienswijze

De begeleidingsmethodiek dient een zienswijze (of visie) te bevatten ten aanzien van mensen met VB en/of de problematiek die de begeleidingsmethodiek adresseert. Er werd aan dit criterium voldaan wanneer een zienswijze in documentatie van ontwikkelaars werd gevonden (aanwezig/afwezig). De beschreven zienswijze is niet verder beoordeeld. Het begrip zienswijze is niet nader geoperationaliseerd. Zo'n zienswijze onderscheidt een begeleidingsmethodiek van concrete hulpmiddelen, spellen, vragenlijsten en werkwijzen die geen omkadering van een zienswijze bevatten.

Criterium: aanwezigheid van uitgangspunten

Een zienswijze is tamelijk ‘hoog over’. Op de zienswijze zijn concrete(re) uitgangspunten gebaseerd. Wanneer uitgangspunten in documentatie van ontwikkelaars werd gevonden, werd aan dit criterium voldaan (aanwezig/afwezig). De beschreven uitgangspunten zijn niet verder beoordeeld. Het begrip uitgangspunten is niet nader geoperationaliseerd. De aanwezigheid van uitgangspunten onderscheidt een begeleidingsmethodiek onder andere van algemene strategieën, missies en visies.

Criterium: vergroten kwaliteit van leven als doel

Als het goed is, is het hogere doel van iedere begeleidingsmethodiek om de kwaliteit van leven van mensen met VB te verbeteren. Hoewel begeleidingsmethodieken veelal concretere doelen hebben, zoals de afname van probleemgedrag, interacties verbeteren, sociale contacten vergroten enzovoorts, dragen ze uiteindelijk bij aan de kwaliteit van leven. Net als bij de zienswijze en de uitgangspunten is ook voor dit criterium gekozen om het niet nader te operationaliseren en af te gaan op wat de ontwikkelaars hier in algemene zin over schrijven (aanwezig/afwezig).

Criterium: systematische werkwijze

Een begeleidingsmethodiek dient een systematische werkwijze, zoals een fasering of stappenplan, te bevatten. Wanneer is een begeleidingsmethodiek voldoende systematisch? Daarover kan lang gediscussieerd worden: moet een stappenplan minimaal vier stappen bevatten? Is twee fasen voldoende? Om die discussie te voorkomen is ervoor gekozen om het begrip systematische werkwijze niet verder te operationaliseren. Aan dit criterium werd voldaan zodra een begeleidingsmethodiek een duidelijk beschreven fasering en/of stappenplan heeft (aanwezig/afwezig). Veelal bevat het ook concrete handvatten, zoals hulpmiddelen. Een systematische werkwijze onderscheidt een begeleidingsmethodiek onder andere van algemene basishoudingen, bejegenings- en benaderingswijzen en visies.

Idealiter wordt de werkwijze bovendien zo methodisch mogelijk ingezet. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stelt dat alle zorgverleners in staat moeten zijn om methodisch te werken: “Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners. Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus” (PDCA, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Per methodiek beschrijven we of er metho-

disch wordt gewerkt. Om het predicaat begeleidingsmethodiek te krijgen was een methodische cyclus geen vereiste. Op dit moment was de aanwezigheid van een systematische werkwijze voldoende.

Criterium: doorlopende manier van handelen (geoperationaliseerd)

Bij mensen met VB is begeleiding meestal niet tijdelijk van aard, maar chronisch. Zij ontvangen het grootste deel van hun leven zorg en ondersteuning. Mensen wonen vaak jarenlang op dezelfde woonlocatie en wisselen niet frequent van werk/dagbesteding. Een begeleidingsmethodiek dient begeleiders dan ook handvatten te geven om cliënten langdurig te begeleiden. Dat vereist een doorlopende manier van handelen, bijvoorbeeld een cyclus die periodiek wordt herhaald. Dit onderscheidt een begeleidingsmethodiek onder andere van kort(er)durende interventies, therapieën en trainingen. Bij sommige begeleidingsmethodieken wordt gewerkt aan een of meerdere ontwikkeldoelen. Bij het behalen hiervan door de cliënt wordt het doorlopende werken aan dat doel afgerond. Echter, wanneer daarna weer een nieuw doel wordt gesteld en daaraan weer wordt gewerkt, dan wordt binnen die begeleidingsmethodiek alsnog doorlopend gewerkt (in kleinere cycli). Wanneer iemand uitstroomt na het bereiken van het doel, dan is er geen sprake van doorlopend handelen.

Criterium: wetenschappelijke onderbouwing (geoperationaliseerd)

Hoewel enigszins arbitrair, vinden wij dat een begeleidingsmethodiek pas het predicaat verdient wanneer het rust op tenminste gedeeltelijke wetenschappelijke onderbouwing. In het kader van gelijkwaardigheid hebben mensen met VB evenveel recht op goed wetenschappelijk onderzoek als ieder ander. Iets in elkaar flansen en 'zomaar' gaan inzetten bij cliënten is zeer onwenselijk. Begeleidingsmethodieken raken sterk aan iemands (kwaliteit van) leven. Een keuze hiervoor mag niet lichtvoetig gemaakt worden. Omdat veel cliënten in mindere mate of niet in staat zijn om hun stem te laten horen bij een keuze voor een begeleidingsmethodiek, hebben zorginstellingen een grote verantwoordelijkheid hierin. Graag hadden wij hier het criterium toegevoegd dat een begeleidingsmethodiek werkzaam moet zijn (doet het wat het belooft), maar dan blijven er helaas weinig begeleidingsmethodieken over voor sommige doelgroepen. Effectonderzoek naar de methodiek als geheel staat nog in de kinderschoenen. Het minste wat we kunnen doen, is nagaan of een begeleidingsmethodiek theoretisch onderbouwd is en/of de ontwikkeling van de begeleidingsmethodiek onderbouwd is. Idealiter zijn er kwantitatieve

en kwalitatieve studieresultaten bekend over het gebruik van de begeleidingsmethodiek. Hoe meer onderzoek hoe beter. Om begeleidingsmethodieken een minimaal kwaliteitskeurmerk te geven, wordt bij dit criterium gecontroleerd of ten minste één deel van de begeleidingsmethodiek minstens een minimale onderbouwing heeft.

Dit sluit aan bij het *Kader Passende zorg* dat het Zorginstituut Nederland heeft opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS (Zorginstituut Nederland, 2022). Hierin wordt de gezamenlijke beweging beschreven van passende zorg en wat de overheid daarin verwacht. Ten aanzien van de toekomstbestendigheid van de zorg worden drie maatschappelijke opgaven gedefinieerd, te weten mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid. Om te werken aan passende zorg zijn vier principes opgesteld, waaronder "passende zorg is waardegedreven" (principe 1). Het Zorginstituut stelt daarover: "De toepassing van dit principe begint op groepsniveau met de beoordeling van de 'stand van wetenschap en praktijk'. Voor zowel nieuwe als bestaande vormen van zorg moet aannemelijk zijn dat zorg effectief en doelmatig bijdraagt aan het leven van mensen. Bij een positief antwoord, komt vervolgens de vraag of het aannemelijk is dat de zorg ook bijdraagt aan de gezondheid van de unieke patiënt/cliënt in zijn context (principe 2) en waar en hoe deze zorg beschikbaar en georganiseerd is (principe 3)."

2.5. **Doelgroepen**

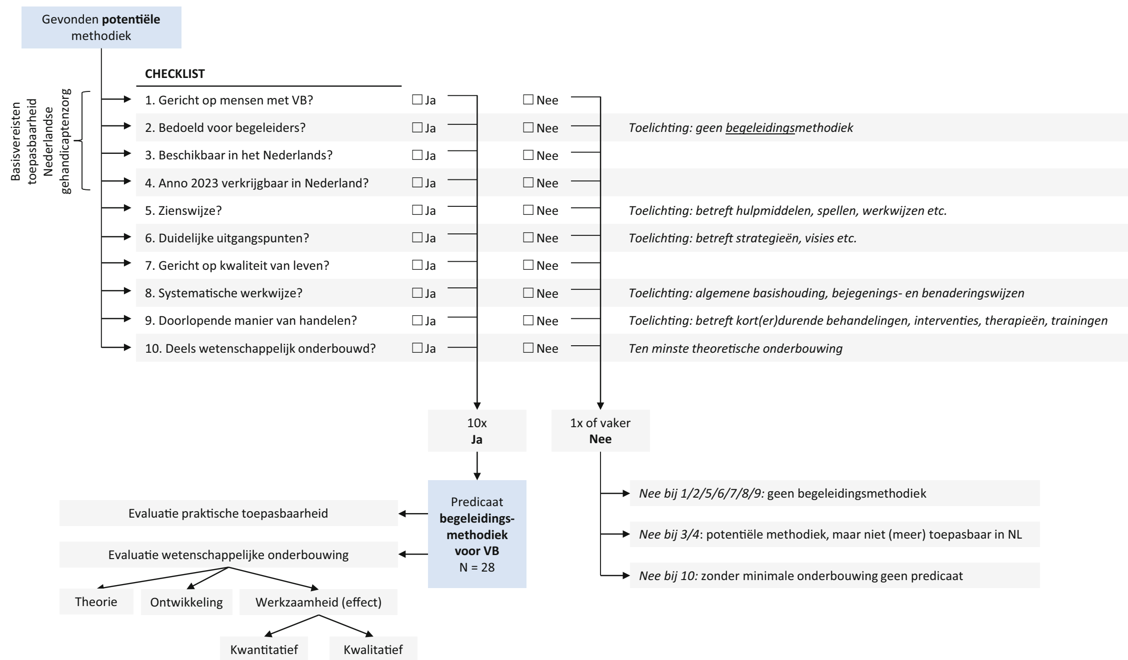
Na het opstellen van de definitie en criteria van begeleidingsmethodieken zijn ook de doelgroepen binnen de gehandicaptenzorg gedefinieerd (stap 2). Dit is uitgebreid beschreven in hoofdstuk 3.



Figuur 2.4. Schematisch stappenplan van het onderzoek. Stap 2 bestaat uit het vaststellen van de (landelijk) gedefinieerde doelgroepen.

2.6. Van potentiële begeleidingsmethodiek naar predicaat begeleidingsmethodiek

Om te bepalen of een potentiële begeleidingsmethodiek daadwerkelijk het predicaat begeleidingsmethodiek in de Nederlandse gehandicaptenzorg verdient, wordt een checklist van tien criteria langsgelopen. Er is geen sprake van hiërarchie in de criteria: aan álle tien criteria moet worden voldaan om het predicaat begeleidingsmethodiek te krijgen. Voldoet een kandidaat aan een of meer criteria niet, dan duiden we deze niet als begeleidingsmethodiek en wordt het niet verder meegenomen in dit boek. Verdient een potentiële begeleidingsmethodiek uiteindelijk niet het predicaat begeleidingsmethodiek, dan wil dat niet zeggen dat het geen toevoegde waarde heeft. Veel interventies, trainingen en anderszins zijn heel waardevol, alleen zijn het geen begeleidingsmethodieken en daarmee niet de focus van dit boek. Figuur 2.5 toont het stroomschema waar iedere potentiële begeleidingsmethodiek doorheen is gehaald.



Figuur 2.5. Beoordelingsproces voor potentiële begeleidingsmethodieken: checklist met tien criteria waaraan moet worden voldaan voor het predicaat begeleidingsmethodiek. Wanneer aan alle tien criteria is voldaan, wordt per begeleidingsmethodiek verdiepend literatuuronderzoek gedaan om een volledige beschrijving op te stellen, inclusief de praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Alle potentiële begeleidingsmethodieken gevonden in de literatuurzoektocht – zowel wetenschappelijke als grijze literatuur (boeken, samenvattende documenten, websites et cetera) – zijn langs de meetlat van de tien criteria gelegd. In veel gevallen was het overduidelijk dat potentiële kandidaten één of meerdere criteria misten. Bij een enkele kandidaat was het meteen tien keer 'ja'. De vaagheid die methodieken omgeeft bleek ook terug te zien in een tussengroep waarin getwijfeld werd tussen ja en nee. Was die potentiële begeleidingsmethodiek nu wel of niet doorlopend? Hoe systematisch was de werkwijze? Na veel uitpluizen en lang wikken en wegen bereikte het onderzoeksteam consensus.



Figuur 2.6. Schematisch stappenplan van het onderzoek. Stap 3 bestaat uit het beoordelen van potentiële begeleidingsmethodieken aan de hand van de vastgestelde criteria. Alleen als aan alle tien criteria wordt voldaan, is er sprake van een begeleidingsmethodiek.

Uiteindelijk verkregen 28 stuks het predicaat begeleidingsmethodiek, te weten (in alfabetische volgorde):

1) Active Learning
2) Active Support
3) ARGOS
4) Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM)
5) Belevingsgerichte zorg

6) Competentiegericht begeleiden
7) Conceptondersteunende Communicatie (CoC)
8) Contact/Kwaliteit in Communicatie (KiC)
9) De Curve
10) Dementia Care Mapping (DCM)
11) Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)
12) Geef me de 5
13) Gentle Teaching
14) Heijkoop
15) HouVast-w
16) LACCS
17) LifeWise
18) Meer Mens
19) Op Eigen Benen
20) Oplossingsgericht werken
21) Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct)
22) Perspectief
23) Systeemgerichte gezinscoaching
24) Triple-C
25) Urlings en Van der Linden
26) Verstaanbaar maken
27) Vijf olifanten
28) Zorg voor Participatie+ (ZvP+)

2.7. Van 28 losse begeleidingsmethodieken naar vergelijkend methodiekenonderzoek



Figuur 2.7. Schematisch stappenplan van het onderzoek. Stap 4 bestaat uit literatuuronderzoek in openbare bronnen per begeleidingsmethodiek. Op basis hiervan wordt in stap 5 de begeleidingsmethodiek beschreven volgens een vaste opzet, waarbij met name de praktische toepasbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing verder zijn uitgediept.

Zoals in de inleiding is beschreven, is het nuttig om te werken met doelgroepen van mensen met soortgelijke ondersteuningsbehoeften. Deze doelgroepen worden veelal ingedeeld langs twee assen (stap 2): op basis van de mate van VB (licht, matig, ernstig of zeer ernstig) of op basis van voorliggende problematiek. In hoofdstuk 3 is dit nader uitgewerkt.

De 28 begeleidingsmethodieken zijn allereerst geordend op basis van de doelgroep(en) waarvoor ze onderzocht en/of ontwikkeld zijn. Ontwikkelaars stellen algauw, op basis van niet te controleren praktijkervaringen, dat hun begeleidingsmethodiek ook voor andere doelgroepen geschikt is. Een toverstokje voor alles en iedereen. In dit boek geven we de doelgroep(en) weer waarvoor een specifieke begeleidingsmethodiek ook daadwerkelijk onderzocht is op werkzaamheid. Is er (nog) geen effectonderzoek gedaan, dan wordt dit vermeld en wordt aangegeven voor welke doelgroep de begeleidingsmethodiek oorspronkelijk ontwikkeld is en eventueel doorontwikkeld/-vertaald is. Hoofdstuk 4 bespreekt de gevonden begeleidingsmethodieken voor doelgroepen met een specifieke mate van VB. Hoofdstuk 5 gaat in op de gevonden begeleidingsmethodieken voor doelgroepen met specifieke voorliggende problematiek.

Zodra duidelijk is dat het daadwerkelijk om een begeleidingsmethodiek gaat en voor welke doelgroep deze ontwikkeld is, duiken we dieper in de praktische toepasbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing. Daarvoor is opnieuw gezocht naar openbare bronnen die informatie hierover kunnen geven, variërend van artikelen, boeken en scripties tot webpagina's (stap 4). Op basis van deze resultaten zijn per begeleidingsmethodiek de volgende zaken beschreven (stap 5), steeds volgens dezelfde opzet:

- Overzicht
- Algemene beschrijving
- Zienswijze
- Uitgangspunten
- Doel
- Systematische werkwijze
- Doorlopende manier van handelen
- Praktische toepasbaarheid
- Wetenschappelijke onderbouwing
- Bronnen over de begeleidingsmethodiek
- Overige referenties (niet over de begeleidingsmethodiek)

Bronvermelding hoofdstuk 2

Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E. J., Van Bussel, C., Van der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-Van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D. A. M., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C. J., Smit, T., Van den Heuvel, J., … Wieland, J. (2019). *Multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Beschikbaar: https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag_definitief-update-2022.pdf.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben*. Beschikbaar: www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2017/07/01/toetsingskader-voor-zorgaanbieders-waar-mensen-wonen-die-langdurige-zorg-nodig-hebben.

Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports* (12e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Van Wouwe, H. & Van de Weerd, D. (2021). *Triple C, tot hier en verder*. ASVZ.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2022). *Behandeling binnen de langdurige gehandicaptenzorg*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2022-09/Behandeling%20binnen%20de%20langdurige%20gehandicaptenzorg.pdf.

Visio. (z.d.). *Methode Kwaliteit in Communicatie (KiC)*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.visio.org/professional/expertise/onderzoeken/doofblind/methode-kwaliteit-in-communicatie-(kic).

Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg*. Beschikbaar: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg.

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Begeleiding (Wlz)*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging-wlz/begeleiding-wlz.

3.

Voor wie is een begeleidingsmethodiek?



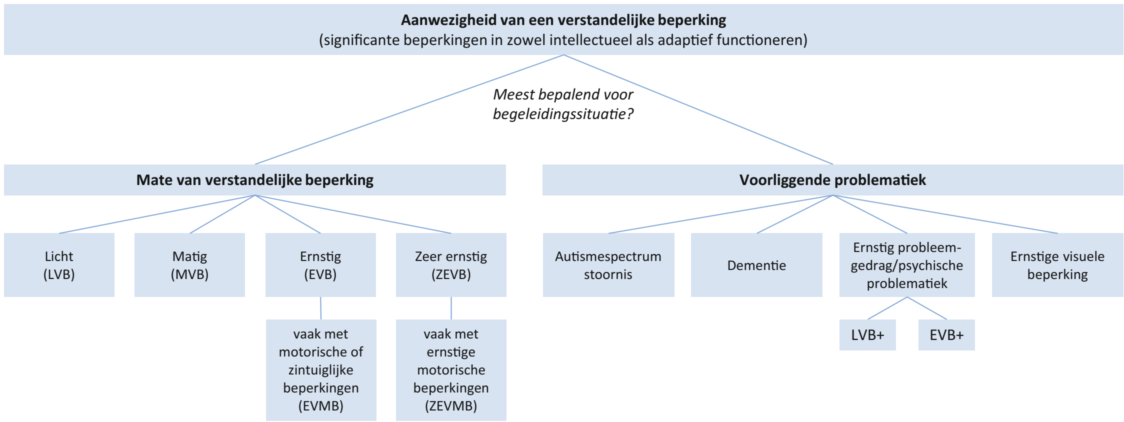
Als we hebben vastgesteld dat een potentiële begeleidingsmethodiek daadwerkelijk voldoet aan de criteria en daarmee het predicaat begeleidingsmethodiek krijgt, is de logische vervolgvraag: voor wie is deze begeleidingsmethodiek bedoeld? Het criterium dat een begeleidingsmethodiek voor mensen met VB moet zijn is nog tamelijk algemeen. Betreft het een begeleidingsmethodiek die voor alle mensen met VB in te zetten is? Is het een gerichtere begeleidingsmethodiek voor bijvoorbeeld de doelgroep LVB? Of is het juist een begeleidingsmethodiek die vooral inzoomt op specifieke voorliggende problematiek, zoals dementie? Met andere woorden: voor welke mensen met overeenkomsten in beperkingen en daarmee in ondersteuningsbehoeften is de begeleidingsmethodiek in kwestie ontwikkeld?

Om als zorginstelling te kunnen bepalen voor wie je welke begeleidingsmethodiek inzet, is het nuttig om te werken met doelgroepen. Zoals in de inleiding al werd beschreven, is het classificeren van mensen in doelgroepen geen doel op zich, maar een manier om mensen met soortgelijke ondersteuningsbehoeften samen te brengen en aan te duiden. Begeleiders kunnen daardoor gerichter en passender aansluiten bij mensen. Het Kwaliteitskompas schrijft: "Voor professionals is het individuele zorgproces altijd het uitgangspunt, in de wetenschap dat mensen met een beperking vaak groepsgebonden zorg ontvangen" (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). In het kader van die groepsgebonden zorg is het logisch om mensen met een overeenkomstige ondersteuningsbehoefte samen te brengen op dezelfde woon- of dagbestedingslocatie. Daarmee kan een begeleidingsteam op de gehele locatie één begeleidingsmethodiek inzetten en zich specialiseren in de specifieke kenmerken en behoeften van de groep. Daarbij is het van belang om te noemen dat een doelgroepenbenadering een persoonsgerichte benadering niet uitsluit. Begeleidingsmethodieken schetsen de zienswijze, uitgangspunten, werkwijze en kaders op groepsniveau. Daarbinnen is er professionele ruimte om per cliënt het nodige maatwerk te leveren door in te spelen op individuele wensen en behoeften.

Wanneer alle gevonden methodieken met predicaat onder de loep worden genomen, valt op dat de meeste begeleidingsmethodieken gericht zijn op de mate van VB (bijvoorbeeld specifiek voor mensen met LVB versus een methodiek voor mensen met (zeer) ernstige VB) of juist op voorliggende problematiek. Met voorliggende problematiek wordt een chronische beperking, stoornis of ziekte bedoeld die een dermate grote invloed heeft op iemands leven en ondersteuningsbehoefte dat deze bepalender is voor begeleiding en ondersteuning dan de mate van VB. Denk bijvoorbeeld aan dementie: zodra iemand verder in het dementieel proces is gekomen, maakt het minder uit voor de op dat moment benodigde begeleiding of iemand in de basis licht of matig verstandelijk beperkt was. Voor een overzicht van doelgroepen valt dus een onderscheid te maken langs twee assen: 1) doelgroepen op basis van mate van VB en 2) doelgroepen op basis van voorliggende problematiek. Figuur 3.2 vat dit schematisch samen.



Figuur 3.1. Schematisch stappenplan van het onderzoek. Stap 2 bestaat uit het bepalen van de doelgroepen met overeenkomstige ondersteuningsbehoefte, zoveel mogelijk op basis van landelijke definities.



Figuur 3.2. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

3.1. Doelgroepen op basis van mate van verstandelijke beperking

De wereldwijd gerenommeerde *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)* bracht in 2021 een herziening uit van de definitie van VB. Vertaald luidt deze: "Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectueel als adaptief functioneren. Het ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar" (Schalock et al., 2021). Ook andere veelgebruikte classificatiesystemen, zoals het psychiatrische handboek *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022) en de *Internationale Classificatie van Ziekten ICD-11* (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022), hanteren vrijwel overeenkomstige definities ten aanzien van VB en de periode waarin het moet zijn ontstaan.

Het belangrijkste verschil met eerdere definities betreft het afstappen van de nadruk op het IQ. Er wordt gesteld dat het IQ te beperkt is om VB te bepalen. Niet alleen het intellectueel functioneren is immers van belang, maar ook hoe iemand zich redt in de maatschappij, het zogenaamde adaptieve functioneren. De adaptieve beperkingen, die worden onderscheiden in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden, wegen sterker mee. In de *DSM-5-TR* bepaalt het adaptief functioneren de mate van VB. In de *ICD-11* wordt de mate bepaald door zowel het intellectuele alsook het adaptieve functioneren te beschouwen. In dit boek wordt weggebleven van de kleine verschillen in definitie van de mate van VB. Hier wordt uitgegaan van de grote gemene deler die praktisch toepasbaar is in de praktijk. Idealiter wordt de mate van VB bepaald door afname van genormeerde, individuele testen (bijvoorbeeld een IQ-test voor het intellectueel functioneren en een test voor adaptief functioneren). De interpretatie en het klinisch oordeel van gedragskundigen is essentieel, zeker wanneer testafnames niet lukken of niet mogelijk zijn.

De mate (of ernst) van VB wordt onderscheiden in vier niveaus (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022):

- Licht: intellectueel en adaptief functioneren 2 tot 3 standaardafwijkingen onder het gemiddelde.
- Matig: intellectueel en adaptief functioneren 3 tot 4 standaardafwijkingen onder het gemiddelde.
- Ernstig
- Zeer ernstig: zowel bij ernstig als bij zeer ernstig zijn het intellectueel en adaptief functioneren 4 of meer standaardafwijkingen onder het gemiddelde. Ernstig en zeer

ernstig worden onderscheiden op basis van adaptief gedrag, aangezien intelligentietesten hierin geen betrouwbaar onderscheid kunnen maken. Het intellectueel functioneren is niet of nauwelijks meetbaar.

Tabel 3.1 toont de verschillende doelgroepen op basis van de mate van VB, waarbij ook de voormalige IQ-indeling en de ontwikkelingsleeftijden die veel gebruikt worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn weergegeven als referentiekader. Mensen met zwakbegaafdheid kunnen in de praktijk tot de doelgroep LVB gerekend worden op het moment dat zij qua ondersteuningsbehoefte een beroep doen op de verstandelijk gehandicaptenzorg, bijvoorbeeld door een disharmonisch profiel tussen intellectueel en adaptief functioneren, waarbij een van beide dermate beperkt is dat begeleiding en ondersteuning op LVB-niveau passend is.

Tabel 3.1. Overzicht van niveaus van VB

Doelgroep	**Zwakbegaafdheid**	**Verstandelijke beperking**			
		LVB	**MVB**	**EV(M)B**	**ZEV(M)B**
Adaptief	Significante beperkingen in adaptieve vaardigheden (conceptueel, sociaal en praktisch)				
SD < gemiddelde		2 – 3 SD	3 – 4 SD	>4 SD	>4 SD
Normaalverdeling		± 50 – 70	± 35 – 50	± 20 – 35	Niet meetbaar
		+	+	+	+
Intellectueel		Significante beperkingen in intellectueel functioneren			
SD < gemiddelde	1 SD	2 – 3 SD	3 – 4 SD	>4 SD	>4 SD
Normaalverdeling (IQ)	± 70 – 85	± 50 – 70	± 35 – 50	± 20 – 35	Niet meetbaar
Ontwikkelingsleeftijd		± 6,5 – 12 jaar	± 4 – 6,5 jaar	± 2 – 4 jaar	< 2 jaar
				vaak met motorische en/of zintuiglijke beperkingen (EVMB)	zeer vaak met ernstige motorische en/of zintuiglijke beperkingen (ZEVMB)
Bronnen	DSM-IV-TR Kenniscentrum LVB	DSM-IV-TR DSM-5-TR ICD-11 Kenniscentrum LVB Schalock et al., 2021	DSM-IV-TR DSM-5-TR ICD-11 Schalock et al., 2021	DSM-IV-TR DSM-5-TR ICD-11 Schalock et al., 2021 Van der Putten et al., 2017	DSM-IV-TR DSM-5-TR ICD-11 Schalock et al., 2021 Van der Putten et al., 2017

3.2. Doelgroepen op basis van voorliggende problematiek

Bij de eerder genoemde doelgroepen staat de mate van VB voorop als het gaat om de begeleidingsmethodiek. Niet in alle gevallen is de mate van VB echter het belangrijkste kenmerk waarop een begeleidingsmethodiek inspeelt. Een chronische beperking, stoornis of ziekte bovenop de VB kan dermate voorliggend zijn dat deze bepalender is voor de ondersteuningsbehoefte en daarmee de keuze van de begeleidingsmethodiek. Vanzelfsprekend is de VB in het algemeen een kenmerk waar rekening mee wordt gehouden. Op basis van de problematiek waarvoor de gevonden begeleidingsmethodieken zijn ontwikkeld en een brede verkenning in wetenschappelijke en grijze literatuur over doelgroepen en voorliggende problematiek in de gehandicaptenzorg, komen we tot het volgende overzicht (figuur 3.1):

- VB met autismespectrumstoornis
- VB met dementie
- VB met ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek
- VB met een ernstige visuele beperking, inclusief doofblindheid

Wanneer is dergelijke problematiek voorliggend? Dat is niet zwart-wit te beschrijven, maar hangt sterk af van de individuele gevallen. Het is aan behandelaren, bijvoorbeeld gedragskundigen, om middels goede screening, diagnostiek en risico-inventarisatie te bepalen wat voorop staat in de begeleidingssituatie. Bij voorliggende problematiek gaat het dan meestal om ernstigere uitingen hiervan. Immers, enig autistiform gedrag, beperkte gedragsveranderingen of minimaal gezichtsverlies geven nog geen aanleiding om de begeleidingssituatie en -methodiek volledig aan te passen (zie 3.3 over bijkomende problematiek). Dat is wel aan de orde zodra het iemands leven sterk gaat beperken en er aanzienlijke aanpassingen nodig zijn om hierop adequaat in te spelen.

Ernstig probleemgedrag

Probleemgedrag wordt ook wel moeilijk verstaanbaar gedrag, storend gedrag, onbegrepen gedrag of signaalgedrag genoemd. In dit boek hanteren we de term probleemgedrag in navolging van de multidisciplinaire richtlijn *Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking* (Embregts et al., 2019) van de Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten. De richtlijn hanteert de volgende definitie:

> "Probleemgedrag is internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is."
> – (Embregts et al., 2019)

Net als in de richtlijn benadrukken we ook in dit boek dat "probleemgedrag vaak het gevolg is van een interactie tussen een persoon en diens omgeving en daarom altijd in de context benaderd moet worden. Probleemgedrag vormt dus geen op zichzelf staand fenomeen, maar is vaak een uiting van lijden, met één of meer onderliggende oorzaken" (Embregts et al., 2019).

Probleemgedrag kan dermate ernstige vormen aannemen dat dit de begeleidingssituatie domineert en daarmee voorliggend wordt. Bij Alliade is een aantal jaren gewerkt met zogenaamde intensieve begeleidingsgroepen gericht op probleemgedrag. Praktijkervaringen leren dat de combinatie van mensen met LVB en probleemgedrag en mensen met EVB en probleemgedrag op één locatie niet altijd optimaal is. De noodzaak om binnen de doelgroep 'ernstig probleemgedrag' onderscheid te maken (ook gezien de omvang van deze groep) komt terug in landelijke definities. Petri Embregts (hoogleraar, Tilburg Universiteit) en collega's hebben enkele jaren geleden uitgebreide definities opgesteld specifiek voor mensen met LVB en ernstig probleemgedrag/ernstige psychische problematiek (LVB+; Embregts et al., 2020) en mensen met EVB en ernstig, persistent probleemgedrag (EVB+; Embregts et al., 2021). Aangezien de doelgroepen LVB+ en EVB+ relatief recent zijn gedefinieerd en nog niet overal in de praktijk goed bekend zijn, zijn de definities van Embregts hieronder integraal overgenomen. In deze definities komen de overeenkomsten en verschillen duidelijk naar voren. Opvallend genoeg ontbreekt de definiëring van de doelgroep van mensen met MVB en ernstig probleemgedrag (MVB+) tot op heden.

> **LVB+**
>
> "Bij mensen met een LVB+ is sprake van cognitieve en adaptieve problemen op het niveau van een licht verstandelijke beperking. Daarnaast is altijd sprake van een of meerdere vormen van ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek zoals agressie, gedrag met een hoog risico op delicten, verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en gevoeligheid voor psychose.
>
> Participatie in de samenleving wordt belemmerd door de afwezigheid van of de aanwezigheid van een zeer beperkt steunend sociaal netwerk, het ontbreken van een afgeronde opleiding, tevredenstellend werk en/of dagbesteding. Vaak zijn er financiële proble-

men en gebrekkige gezondheidsvaardigheden. Daarnaast zijn volwassenen met een LVB+ relatief vaak opgegroeid in (zeer) onveilige gezinssituaties waarbij lichamelijke en affectieve verwaarlozing aanwezig was en een gezonde hechting en persoonlijkheidsontwikkeling niet heeft kunnen plaatsvinden. Er is tevens sprake van een geschiedenis van niet-toereikende hulpverlening.

Cliënten met LVB+ hebben vaak met meerdere zorgsectoren (ggz, forensische zorg en dergelijke) en frequente uitstoting/overplaatsing te maken gehad. De LVB en de comorbiditeit zijn over een langere tijd en in meerdere contexten niet of te laat vastgesteld en niet adequaat behandeld. Behandeling en ondersteuning wordt gekenmerkt door het aanhoudend moeten inschatten en in goede banen leiden van risicovol gedrag en risicovolle situaties, vanuit bijvoorbeeld justitie en/of de *Wet zorg en dwang*. Vooruitgang door behandeling vraagt om een langetermijnperspectief waarbij grote inspanningen, multidisciplinaire samenwerking en veel maatregelen nodig zijn om risico's en probleemgedrag te verminderen en het welbevinden van de persoon zelf en zijn omgeving te verhogen.

Het is belangrijk begeleiding en zorg af te stemmen op het cognitief en adaptief niveau van functioneren, het probleemgedrag en de psychische problematiek, alsmede te komen tot zinvolle daginvulling. Dit vereist zowel kennis, kunde, en een adequate attitude bij begeleiders om een zo normaal mogelijk leven voor cliënten met LVB+ centraal te stellen, als een organisatie waarbij ook het cliëntsysteem betrokken wordt."

– (Embregts et al., 2020)

EVB+

"De term EVB+ wordt gedefinieerd als cognitieve en adaptieve problemen, zich uitend in beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden, op het niveau van een ernstig verstandelijke beperking in combinatie met ernstige vormen van probleemgedrag. Concrete voorbeelden van ernstig probleemgedrag zijn zelfbeschadiging, agressie en dwangmatige of stereotype bewegingen die verzorging en activiteiten ernstig bemoeilijken. Zowel EVB als ernstig en persistent probleemgedrag zijn daarmee noodzakelijk en voldoende om te spreken van EVB+; andere bijkomende beperkingen en/of aandoeningen zijn noch noodzakelijk noch voldoende om te spreken van EVB+.
Mensen met EVB+ hebben intensieve en levenslange professionele ondersteuning nodig op alle levensdomeinen. Zij hebben sterk verminderde communicatie- en sociale vaardigheden waardoor ze hun behoeften en wensen niet goed kunnen uitdrukken. Dit maakt hen afhankelijk van het vermogen van anderen tot juiste interpretatie van hun signalen. De omgeving speelt dan ook een belangrijke rol bij het beïnvloeden (het ontwikkelen, in stand houden en verminderen) van ernstig probleemgedrag.

Bij mensen met EVB+ bestaat een verhoogde prevalentie van blijvende gezondheidsproblemen. Daarnaast zijn zij veelal onder invloed van off-label psychotrope medicatie. Afstemming van begeleiding en ondersteuning op het cognitief en adaptief niveau van functioneren alsook op het ernstige probleemgedrag vraagt om specialistische kennis, kunde, en inzicht bij begeleiders en om het organiseren van zorg in samenspraak met het cliëntsysteem en het multidisciplinaire zorgteam."

– (Embregts et al., 2021)

3.3. Bijkomende problematiek

Naast de mate van VB en mogelijk voorliggende problematiek kan er bij mensen sprake zijn van bijkomende problematiek. Dat is niet hetzelfde als voorliggende problematiek. Met bijkomende problematiek worden specifieke beperkingen of ziektes bedoeld die idealiter begeleid en/of behandeld worden, maar niet zodanig overheersend zijn dat de begeleiding volledig hierop aangepast moet worden. Denk daarbij aan medische aandoeningen, zoals diabetes, of aan gedragsmatige stoornissen die een beperkte(re) invloed hebben op de begeleidingssituatie.

Voor bijkomende problematiek geldt in sommige gevallen dat het in een milde(re) vorm bijkomend is, maar kan uitgroeien tot voorliggende problematiek als het ernstig(er) wordt. Een goed voorbeeld hiervan is slechtziendheid. Een beetje slechtziendheid die redelijk te corrigeren valt met een bril of lenzen, is bijkomend van aard. De mate van VB staat centraal in de begeleidingsaanpak. Echter, zodra iemands visus achteruit holt, bijvoorbeeld door een bepaalde aandoening, dan kan de slechtziendheid dermate ernstig worden dat deze van bijkomend juist voorliggend wordt. Iemand heeft dan in de brede zin een aangepaste omgeving nodig: aangepaste activiteiten, begeleiding, communicatie, huisvesting. Iemand is zonder aanpassingen bijvoorbeeld niet meer in staat om zelfstandig op een locatie zijn of haar weg te vinden. Een begeleidingsmethodiek die bedoeld is voor mensen met VB en ernstige visuele beperkingen sluit dan beter aan dan een methodiek op basis van de mate van VB.

Bronvermelding hoofdstuk 3

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: DSM-4-TR*.

American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5-TR*.

Embregts, P., Didden, R. & Moonen, X. (2020). *Mensen met LVB+*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Beschikbaar: https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20LVB%2B%20december%202020.pdf.

Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E. J., Van Bussel, C., Van der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-Van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D. A. M., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C. J., Smit, T., Van den Heuvel, J., … Wieland, J. (2019). *Multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Beschikbaar: https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20LVB%2B%20december%202020.pdf.

Embregts, P., Schuengel, C. & Leusink, G. (2021). *Mensen met EVB+*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Beschikbaar: www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20 mensen%20met%20EVB%2B%20juni%202021.pdf.

Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Over een LVB*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb.

Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (12e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 – 2028: Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan.* Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-08/kwaliteitskompas-GHZ_augustus2023_DEF.pdf.

Van der Putten, A. A. J., Vlaskamp, C., Luijkx, J. & Poppes, P. (2017). *Kinderen en volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: tijd voor een nieuw perspectief.*

Wereldgezondheidsorganisatie. (2022). *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-11)*. Beschikbaar: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

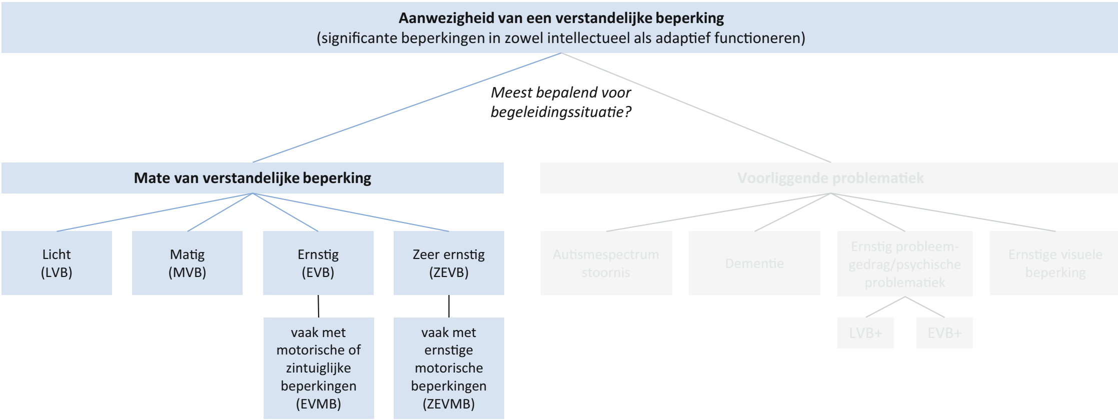
4.

Begeleidingsmethodieken voor doelgroepen op basis van mate van VB



Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken die ontwikkeld zijn om als begeleider in te spelen op de ondersteuningsbehoefte die voortkomt uit de VB, weergegeven in het linker deel van onderstaand figuur.

Op basis van openbare bronnen zijn deze begeleidingsmethodieken nader onderzocht en ingedeeld. Er zijn vier begeleidingsmethodieken die bedoeld zijn voor het gehele spectrum van lichte, matige, ernstige en zeer ernstige VB (VB algemeen). De overige begeleidingsmethodieken zijn specifiek(er) ontwikkeld voor een of meerdere niveaus: vijf voor LVB, vijf voor EV(M)B en drie voor ZEVMB. Twee van deze begeleidingsmethodieken zijn zowel voor EV(M)B als ZEVMB bedoeld. Daarnaast blijkt de begeleidingsmethodiek Dementia Care Mapping (DCM), oorspronkelijk gericht op mensen met dementie, ook te zijn onderzocht bij mensen met EV(M)B en ZEVMB. Er zijn geen begeleidingsmethodieken gevonden die uitsluitend voor MVB zijn ontwikkeld. Voor deze doelgroep kan een keuze gemaakt worden uit de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen.



Figuur 4.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts). EVB en EVMB wordt ook wel samen genomen als EV(M)B.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Pagina
VB algemeen	4	Active Support	60
		De Curve	75
		Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)	85
		Oplossingsgericht werken	93
LVB	5	Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM)	116
		Competentiegericht begeleiden	125
		Op Eigen Benen	135
		HouVast-w (gezin)	146
		Systeemgerichte gezinscoaching (gezin)	161
MVB	4	Zie VB algemeen	
EV(M)B	6	Dementia Care Mapping (DCM)	280
		LACCS	177
		Meer Mens	188
		Perspectief	211
		Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct)	223
		Vijf olifanten	196
ZEVMB	4	Dementia Care Mapping (DCM)	280
		Perspectief	211
		Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct)	223
		Verstaanbaar maken	233

4.1. Verstandelijke beperking algemeen

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor het gehele spectrum van lichte, matige, ernstige en zeer ernstige VB (figuur 4.1.1). Hiervoor zijn vier begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen: Active Support, De Curve, het Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK) en Oplossingsgericht werken. De ontwikkelaars hebben deze begeleidingsmethodieken ofwel onderzocht voor alle niveaus (Active Support, EMK, Oplossingsgericht werken) of specificeren de mate van VB niet nader (De Curve).



Figuur 4.1.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts). EVB en EVMB wordt ook wel samen genomen als EV(M)B.

In de keuze voor een begeleidingsmethodiek is het aan zorginstellingen om af te wegen of gekozen wordt voor een begeleidingsmethodiek die zich specifiek richt op één doelgroep (bijvoorbeeld een methodiek voor ZEVMB) of voor een bredere methodiek die over het gehele spectrum van mate van VB toe te passen is. Het is daarin veelal ook een keuze tussen generalistisch(er) versus specialistisch(er). Naast een inhoudelijke keuze kunnen hierin ook organisatorische aspecten een rol spelen, zoals de locatiebezetting (heeft de zorginstelling gespecialiseerde doelgroeplocaties of vooral gemengde locaties) en de uitwisselbaarheid van personeel.

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (4.1.5) een vergelijking gepresenteerd van de vier begeleidingsmethodieken ten aanzien van 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwik-

keling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
VB algemeen	4	Active Support	4.1.1, pagina 60
		De Curve	4.1.2, pagina 75
		Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)	4.1.3, pagina 85
		Oplossingsgericht werken	4.1.4, pagina 93

4.1.1. **Active Support**

Overzicht	
Ontwikkelaars	David Felce & Edwin Jones (Verenigd Koninkrijk) Ruud Geus, gezondheidszorgpsycholoog
Organisatie	ActiveSupport Nederland
Website	www.activesupportnederland.nl
Jaar van ontwikkeling	1996 (Verenigd Koninkrijk); 2005 (Nederland)
Jaar van laatste actualisering	2014: naslagwerk (De Vor, 2014)
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☒ MVB ☒ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niveau niet nader gespecificeerd (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Active Support is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met (Z)EVB (Felce, 1989, 1996; Mansell et al., 1987; Mansell & Beasley, 1993). In de meeste wetenschappelijke onderzoeken naar de methodiek is sprake van inzet bij mensen met een matige tot zeer ernstige VB (Beadle-Brown et al., 2012, 2016, 2021; Felce, 1989; Felce et al., 2002; Hardendood et al., 2009; Jones et al., 1999; Koritsas et al., 2008; Lin et al., 2020; Mansell et al., 1987; Mansell & Beasley, 1993; Smith et al., 2002; Stancliffe et al., 2011; Terstegen, 2009; Totsika et al., 2008). In vier onderzoeken is sprake van toepassing bij mensen met LVB (Chou et al., 2011; Graham et al., 2013; Qian et al., 2019; Rhodes & Toogood, 2016). Auteurs Geus en De Vor geven aan dat Active Support toepasbaar is voor alle mensen met VB, ongeacht hun leeftijd en mate van beperking (De Vor, 2014; Geus & De Vor, 2019). Active Support kan ook worden ingezet wanneer er bijkomende problematiek speelt, zoals probleemgedrag, psychiatrische problemen, een ontwikkelingsstoornis, zoals autismespectrumstoornis of ADHD, of een (ernstige) lichamelijke beperking (Beadle-Brown et al., 2012, 2016, 2021; Chng et al., 2013; Graham et al., 2013; Jones et al., 1999, 2013; Koritsas et al., 2008; Lin et al., 2020; Mansell & Beasley, 1993; Stancliffe et al., 2010; Totsika et al., 2010). Opvallend is dat binnen Active Support wordt gesproken over niveau van ondersteuning in plaats van het gebruikelijke niveau van functioneren. Dit maakt de methodiek geschikt voor cliënten van uiteenlopende niveaus; de mate en manier van ondersteuning kan worden afgestemd op de specifieke behoeften en mogelijkheden van de cliënt (De Vor, 2014; Geus & De Vor, 2019).
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars

Overzicht	
	Toelichting: Active Support kan worden ingezet bij wonen en werk/dagbesteding van mensen met uiteenlopende niveaus van functioneren. De activiteitenplannen die binnen de methodiek worden gebruikt, gelden 24 uur per dag, 7 dagen per week: dus zowel bij wonen als bij werk/dagbesteding en ook 's nachts en in het weekend. Zet een zorginstelling Active Support in, dan is het een vereiste dat de methodiek naast wonen ook binnen werk/dagbesteding wordt toegepast (De Vor, 2014). Hoewel de zienswijze en uitgangspunten van Active Support ook passend lijken te zijn voor ambulante begeleiding, wordt dit niet gespecificeerd in de openbare bronnen. In het onderzoek naar Active Support is dit ook niet meegenomen.

Algemene beschrijving

In de jaren tachtig kwam binnen de gehandicaptenzorg een proces van vermaatschappelijking en de-institutionalisering op gang, waarbij cliënten van grote, vaak afgelegen instellingsterreinen verhuisden naar kleinschalige woonvormen in de wijk. In de praktijk bleek dat begeleiders vaak bleven handelen zoals ze voorheen deden, waardoor er (afgezien van de woonomgeving) weinig veranderde in het dagelijks leven van cliënten. Daarom werd Active Support ontwikkeld.

Active Support is een stimulerende begeleidingsmethodiek die aansluit op de behoeften en mogelijkheden van de individuele cliënt. Bij deze methodiek scheppen begeleiders zo veel mogelijk kansen om cliënten stap voor stap meer grip te geven op hun bestaan. Zo kunnen ze binnen hun eigen mogelijkheden – hoe beperkt ook – steeds meer invloed uitoefenen op verschillende aspecten van hun leven.

Met Active Support sluiten begeleiders aan bij de vaardigheden van cliënten. De focus ligt op wat iemand wél kan, niet op wat iemand niet kan. Van daaruit vinden begeleiders aanknopingspunten om verder te gaan. Daarnaast sluiten begeleiders aan bij de voorkeuren en interesses van cliënten, ook als die op de achtergrond zijn geraakt. Volgens de ontwikkelaars is het altijd zinvol ernaar op zoek te gaan, omdat ze perspectief bieden op een beter leven.

Active Support voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

In de visie van Active Support staan twee begrippen centraal: empowerment en inclusie.

- Empowerment staat voor het versterken van de capaciteiten van cliënten om meer regie te krijgen over hun eigen situatie en hiervoor verantwoordelijkheid te nemen. Het gaat om meer zelfbepaling, meer invloed, meer eigen keuzes en meer autonomie.
- Inclusie is erop gericht dat cliënten als volwaardige, waardevolle leden kunnen deelnemen aan de samenleving. Het streven is dat ze niet alleen aanwezig zijn, maar ook actief participeren en volledig zijn opgenomen binnen een sociale context. Deze context kan variëren van een huishouden, sportclub of woonwijk tot de Nederlandse samenleving. Active Support richt zich daarom ook op het opbouwen en behouden van een vitaal sociaal netwerk.

2. Uitgangspunten

Het uitgangspunt van Active Support is dat iedere cliënt iets kan en dat begeleiders in een individueel traject aansluiten bij de eigenheid en mogelijkheden van de cliënt, waarbij ook wordt aangesloten bij het gewone dagelijkse leven. Uitgangpunten die hierbij eveneens gelden:

- De cliënt staat altijd centraal en is altijd betrokken.
- Mensen met beperkte verstandelijke mogelijkheden ontwikkelen zich voortdurend, ongeacht hun leeftijd of de ernst van hun beperking.
- De cliënt heeft zoveel mogelijk invloed op zijn/haar eigen bestaan.
- Begeleiders handelen altijd met respect voor de cliënt.
- Veiligheid is een voorwaarde om activiteiten te ondernemen en te leren.
- Het is belangrijk om aan te sluiten bij het gewone leven: actief zijn met dagelijkse bezigheden in en rondom het huis en in de wijk.
- Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken.
- Er wordt gebruikgemaakt van de mogelijkheden die de samenleving biedt.
- Alle gedrag is communicatie en alle communicatie is gedrag.
- Begeleiders proberen de cliënt niet ongewenst gedrag af te leren, maar leren hem/haar betekenisvolle alternatieven aan.
- De cliënt wordt niet gestraft.
- Lege momenten worden altijd ingevuld.

3. Doel

Het doel van Active Support is zo veel mogelijk kansen te creëren zodat cliënten nieuwe ervaringen kunnen opdoen en nieuwe vaardigheden (en nieuw gedrag) kunnen aanleren. Vervolgens is het de bedoeling de ervaring of het geleerde stapje voor stapje verder in praktijk te brengen, waardoor cliënten zich ontwikkelen, hun capaciteiten versterken, actiever participeren en zo veel mogelijk invloed uitoefenen op hun bestaan.

4. Systematische werkwijze

Active Support bestaat uit de volgende stappen, die begeleiders handvatten geven om de cliënt systematisch te ondersteunen in het doorlopende proces naar meer eigen regie en een zo waardevol mogelijk leven:

1) Talentenposter: Met de talentenposter worden de persoonlijke talenten van de cliënt in kaart gebracht. Het gaat om de eigenschappen of vaardigheden:
   - waar hij/zij goed in is of waarin hij/zij zich verder kan ontwikkelen.
   - waarom hij/zij zichzelf waardeert of waarom anderen hem/haar waarderen.
   - waarmee hij/zij voor zichzelf of voor anderen iets kan betekenen.

   De talenten kunnen betrekking hebben op het sociale, emotionele, cognitieve of praktische vlak. Bij het invullen van de talentenposter zijn zo mogelijk de cliënt, het sociale netwerk en begeleiders betrokken.
2) Positieve beeldvorming: Bij de positieve beeldvorming worden de voorkeuren, interesses en de positieve eigenschappen en vaardigheden van de cliënt geïnventariseerd. Begeleiders bevragen hiervoor de cliënt en de mensen in zijn/haar omgeving.
3) Activiteitenplan: Het doel van het activiteitenplan is het realiseren van een gevarieerde dag met gewone dagelijkse activiteiten die voor de cliënt betekenisvol zijn en waarbij inspanning en ontspanning elkaar afwisselen. Voorspelbaarheid is hierbij belangrijk; wanneer de cliënt weet wat hij/zij kan verwachten, ontstaat ruimte voor eigen regie en ontwikkeling. Alle begeleiders volgen het activiteitenplan, zodat de cliënt op elk moment, wie er ook werkt, op dezelfde manier wordt ondersteund. Het activiteitenplan wordt voor de cliënt inzichtelijk gemaakt op een manier die past bij zijn/haar communicatiemogelijkheden. Kenmerken van het activiteitenplan zijn:
   - Ankerpunten: dagelijks terugkerende activiteiten die de dag voorspelbaar en overzichtelijk maken.
   - Variatie: afwisseling maakt de dag boeiend en uitdagend; de mate van variatie wordt op de cliënt afgestemd.

- Betekenisvol: activiteiten zijn bijvoorbeeld gericht op samen iets doen, plezier beleven of een resultaat bereiken. Wat betekenis geeft, verschilt per cliënt. Zonder betekenis kan de cliënt zijn/haar interesse en motivatie verliezen en uiteindelijk apathisch worden of zich verzetten.
- Afwisseling van inspanning en ontspanning: met een goede balans houdt de cliënt activiteiten beter vol en beleeft hij/zij er meer plezier aan. Het kan spanning, vermoeidheid en verveling voorkomen.
- Geldigheid 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dit betekent dat het activiteitenplan geldt voor wonen, werk en dagbesteding, ook 's nachts en in het weekend.

4) Gelegenheidsplan: Het gelegenheidsplan heeft als doel de ervaringswereld van de cliënt te verruimen en de eigen invloed te vergroten. De cliënt hoeft hiervoor niets te kunnen, kennen of leren. Het gaat puur om de (positieve) ervaring, die praktisch, zintuiglijk, lichamelijk, sociaal, emotioneel, communicatief of cognitief van aard kan zijn. Het gelegenheidsplan sluit aan bij de voorkeuren en interesses van de cliënt, laat ruimte voor zijn/haar eigen keuzes en draagt bij aan diens empowerment.
5) Instructieplan: Het doel van het instructieplan is dat de cliënt stapsgewijs nieuwe vaardigheden aanleert en zich ontwikkelt. Het is gericht op succeservaringen en moet daarom in haalbare doelen worden omschreven. Hierbij wordt gebruikgemaakt van taakanalyse: het opdelen van een taak of activiteit in kleine stapjes. Het instructieplan sluit aan bij de leerstijl van de cliënt en is gericht op het vergroten van zijn/haar capaciteiten en eigen regie. Ook wordt rekening gehouden met de individuele mogelijkheden en een stimulerende omgeving. De begeleider bekrachtigt positief, niet alleen bij een behaald resultaat, maar ook om de inspanning die de cliënt heeft geleverd.
6) Succesvol afgeronde gelegenheids- en instructieplannen opnemen in het activiteitenplan: alle stappen van Active Support hangen samen en hebben invloed op elkaar.
7) Alle gegevens integreren in het ondersteuningsplan: in het ondersteuningsplan wordt een persoonsbeeld beschreven en een perspectief geformuleerd, waaruit de hoofddoelen voor de cliënt voortvloeien.
   - Het persoonsbeeld wordt ingevuld met informatie uit de talentenposter en positieve beeldvorming.
   - Het activiteiten-, gelegenheids- en instructieplan zijn uitwerkingen van het perspectief en de hoofddoelen.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij Active Support is wel sprake van een methodische, cyclische werkwijze. Er wordt gewerkt met 1) uitvoerige beeldvorming over de cliënt, 2) perspectief en doelen (= plan), 3) activiteiten om deze te bereiken (= do), 4) evaluaties (= check) en bijstelling van de activiteiten, doelen en het perspectief (= act).

5. Doorlopende manier van handelen

De bovengenoemde stappen kunnen steeds opnieuw worden doorlopen. Doordat de cliënt positieve ervaringen opdoet en nieuwe vaardigheden aanleert, verandert de beeldvorming. Zo ontstaat een cyclisch proces: de veranderde beeldvorming geeft aanleiding tot nieuwe activiteiten en nieuwe gelegenheids- en instructieplannen. Evaluaties zijn hierbij een belangrijk onderdeel.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Verschillende werkmaterialen, waaronder de talentenposter en activiteiten-, gelegenheids- en instructieplannen, zijn gratis beschikbaar via www.activesupportnederland.nl/werkmateriaal. Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Active Support.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (De Vor, 2014) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Active Support. Het is te bestellen via de website van de ontwikkelaar (www.activesupportnederland.nl/een-handreiking).
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Een concreet implementatieplan is niet gevonden in de bronnen. Hoofdstuk 5 van het naslagwerk geeft wel enige handvatten voor implementatie van de methodiek, waarbij een stapsgewijze aanpak, training en coaching een belangrijke rol spelen.

Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* De minimale scholingsvereiste is de vierdaagse incompany basistraining met twee follow-upbijeenkomsten (De Vor, 2014). Beschikbaar: www.activesupportnederland.nl/training-en-coaching/training. Verder zijn er verschillende andere trainingen voor Active Support beschikbaar: • Een coachingstraject gericht op specifieke vragen, waarbij videoanalyse en reflectie op het eigen handelen belangrijke leermiddelen zijn. Beschikbaar: www.activesupportnederland.nl/training-en-coaching/coaching • Een training voor toekomstige (interne) trainers, waarin zowel trainersvaardigheden als de inhoud van Active Support aan bod komen. Beschikbaar: www.activesupportnederland.nl/training-en-coaching/train-de-trainer • Training voor gedragskundigen met een studiebelasting van circa 40 uur. Beschikbaar: www.kingnascholing.nl/cursussen/active-support-methodisch-intervenieren-bij-mensen-met-een-verstandelijke-beperking
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Active Support. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Active Support komt voort uit onderzoek dat onderdeel was van het *Wessex-experiment*, geleid door Albert Kushlick, in de jaren zestig en zeventig. Voorlopers van de visie van de methodiek zijn het normalisatieprincipe (Wolfensberger et al., 1972), empowerment (Jacobs, 2008) en de Nederlandse publicatie *Het herstel van het gewone leven* (Ter Horst, 1977).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Active Support

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Voorlopers van de visie van de methodiek zijn het normalisatieprincipe (Wolfensberger et al., 1972), empowerment (Jacobs, 2008) en de Nederlandse publicatie *Het herstel van het gewone leven* (Ter Horst, 1977).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Felce en Jones waren de initiatiefnemers hiervan (Mansell et al., 1987; Felce, 1989, 1996; Mansell & Beasley, 1993; Felce et al., 2002; Jones et al., 1999, 2001).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig

☑ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☑ Sterk

Toelichting: De werkzaamheid en positieve effecten zijn in veel (inter)nationale kwantitatieve onderzoeken aangetoond (Beadle-Brown et al., 2012, 2016, 2021; Felce, 1989, 2002; Hardendood et al., 2009; Jones et al., 1999; Koritsas et al., 2008; Lin et al., 2020; Mansell et al., 1987; Mansell & Beasley, 1993; Smith et al., 2002; Stancliffe et al., 2011; Terstegen, 2009; Totsika et al., 2008; Qian et al., 2019; Rhodes & Toogood, 2016; Chou et al., 2011). In meerdere reviews zijn de positieve effecten van Active Support weergegeven (Hamelin & Sturmey, 2011; Stancliffe et al., 2008; Toogood, Totsika, Jones, & Lowe, 2016; Totsika, Toogood, & Hastings, 2008).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig

☑ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☑ Sterk

Toelichting:
- Graham et al. (2013): positieve effecten
- Jones et al. (2001): positieve ervaringen van cliënten
- Totsika et al. (2008) : positieve ervaringen van deelnemers aan een interactieve training van Active Support

7.2. Ontwikkeling

Active Support werd verder ontwikkeld op basis van onderzoeken van het Tizard Center en Welsh Center for Learning Disabilities. Felce en Jones waren de initiatiefnemers hiervan (Mansell et al., 1987; Felce, 1989, 1996; Mansell & Beasley, 1993; Felce et al., 2002; Jones et al., 1999, 2001).

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

De werkzaamheid en positieve effecten van Active Support zijn in veel (inter)nationale kwantitatieve onderzoeken aangetoond. De meeste onderzoeken betreffen mensen met een matige, ernstige en zeer ernstige VB (Beadle-Brown et al., 2012, 2016, 2021; Felce, 1989; Felce et al., 2002; Hardendood et al., 2009; Jones et al., 1999; Koritsas et al., 2008; Lin et al., 2020; Mansell et al., 1987; Mansell & Beasley, 1993; Smith et al., 2002; Stancliffe et al., 2011; Terstegen, 2009; Totsika et al., 2008). In drie kwantitatieve studies zijn positieve effecten beschreven voor cliënten van alle niveaus, onder wie ook mensen met LVB (Qian et al., 2019; Rhodes & Toogood, 2016; Chou et al., 2011). Positieve effecten waren onder meer dat cliënten vaker deelnamen aan activiteiten, vaker zelf een keuze konden maken, minder depressieve stemmingen hadden, minder probleemgedrag vertoonden, adaptief op een hoger niveau functioneerden en dat begeleiders meer werkplezier ervaarden. De effecten werden aangetoond voor de gehele populatie, inclusief mensen met LVB. In de onderzoeken zijn de resultaten voor de verschillende doelgroepen niet gespecificeerd. Uit het onderzoek van Qian et al. (2019) bleek dat mensen met meer vaardigheden minder probleemgedrag vertoonden en meer activiteiten van het dagelijks leven ondernamen. Ook werd aangetoond dat jongere mensen met meer vaardigheden sociaal meer betrokken waren in woningen met minder personele wisselingen onder begeleiders. Er is niet gespecificeerd om welke mate van VB het ging.

In Jones et al. (2001) is de mate van VB niet gespecificeerd. Deelnemers waren ingedeeld in twee groepen (minder ernstige of ernstigere VB) op basis van adaptief functioneren. De effecten van Active Support waren dat cliënten meer participeerden in activiteiten van het dagelijks leven en sociale activiteiten en dat er meer interactie en contact plaatsvond tussen begeleiders en cliënten.

In meerdere reviews zijn de effecten weergegeven van de Active Support-training die begeleiders volgden. Deze bleken overwegend positief (Hamelin & Sturmey, 2011; Stancliffe et al., 2008; Toogood, Totsika, Jones & Lowe, 2016; Totsika, Toogood & Hastings, 2008).

Onderzoeken naar Active Support hebben plaatsgevonden in het Verenigd Koninkrijk (Beadle-Brown et al., 2012, 2016, 2021; Felce, 1989; Felce et al., 2002; Jones et al., 1999, 2001; Mansell et al., 1987; Mansell & Beasley, 1993; Smith et al., 2002; Totsika et al., 2008; Rhodes & Toogood, 2016) en Australië (Koritsas et al., 2008; Stancliffe et al., 2011). Daarnaast zijn implementatieonderzoeken uitgevoerd in de Verenigde Staten (Qian et al., 2019), Taiwan (Chou et al., 2011), Singapore (Lin et al., 2020) en Nederland (Hardendood et al., 2009; Terstegen, 2009). Uit de Nederlandse onderzoeken bleek dat de kwaliteit van de interactie tussen begeleiders en cliënten was verbeterd. Verder bleken begeleiders meer betrokken te zijn bij cliënten. Cliënten voerden meer en gevarieerdere activiteiten uit, toonden meer initiatief, hadden meer interesse in hun omgeving en lieten een grotere mate van zelfstandigheid zien (Hardendood et al., 2009; Terstegen, 2009).

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In drie kwalitatieve onderzoeken zijn positieve effecten van Active Support aangetoond (Graham et al., 2013; Totsika et al., 2008; Jones et al., 2001):

- Graham et al., 2013: Dit onderzoek vond 2,5 jaar na de implementatie van Active Support plaats in een woonvoorziening met vier volwassenen met een lichamelijke, cognitieve en/of verstandelijke beperking (N=3 cognitief letsel en N=1 LVB met cerebrale parese). De onderzoeksvraag was: wat zijn de ervaringen van cliënten, verwanten en begeleiders met Active Support? De ervaringen met de interactieve training van de methodiek waren erg positief. De implementatie leidde tot een normaler en meer bevredigend leven voor cliënten en tot een beter begrip van kwaliteit van zorg onder met name begeleiders. Een ander positief effect was dat begeleiders risico's beter leerden beheersen, wat echter als keerzijde had dat zij zich ook meer bewust werden van de risico's, wat bij sommigen angst veroorzaakte.
- Totsika et al., 2008: Onderzoek naar de ervaringen met Active Support onder 37 begeleiders. De ervaringen met betrekking tot de invoering en impact van de methodiek waren positief. Op de woonlocatie werden niet alle elementen van Active Support ingezet. Met het onderzoek werden ook de belemmeringen voor implementatie in kaart gebracht. De mate van VB van de cliënten met wie de begeleiders werkten, is niet gespecificeerd.
- Jones et al., 2001: Onderzoek naar de ervaringen van 32 cliënten met focusgroepen en een enquête. Deelnemende cliënten functioneerden op een hoger niveau, maar de mate van VB is niet gespecificeerd. Hoewel de analysemethode niet is beschreven,

zijn de ervaringen van cliënten samengevat als positief, waarbij ze vooral de toename van activiteiten en de positievere relaties met begeleiders waardeerden.

7.5. Databank

Active Support blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Active Support

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Hardendood, D., Slooven, A., De Vor, M., De Goede, H. & Wijroks, L. (2009). Effecten van Active Support in een kleinschalige woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *35*(4), 208-223.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Geus, R. (2006). *Persoonsgerichte planning en Active Support, een eerste praktijkverkenning*. Nederlands Genootschap ter Bestudering van Zwakzinnigheid en Zwakzinnigenzorg (NGBZ). Niet meer verkrijgbaar, alleen nog via bibliotheek.nl/catalogus/titel.297182471.html.

Geus, R. & De Vor, M. (2019). Active Support. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 69–87). Boom uitgevers.

De Vor, M. (2014). *Active Support: een handreiking voor de ondersteuning aan mensen met een beperking*. Uitgeverij Van Gorcum.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Terstegen, L. G. (2009). *Active Support: Lange termijneffecten op de geobserveerde begeleidingsstijl en het geobserveerde cliëntgedrag.* Universiteit Utrecht. studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/3833.

Webpagina's

ActiveSupport Nederland. (z.d.). *Welkom bij ActiveSupport Nederland – Samen meer doen…* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.activesupportnederland.nl.

Kennisplein Gehandicaptensector. (27 maart 2019). *Methode Active Support en epilepsie*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/active-support-en-epilepsie.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Beadle-Brown, J. (2021). The informal culture of a direct care staff team supporting people with intellectual disabilities who present with behaviours that challenge: commentary. *Tizard Learning Disability Review*, *26*(3), 169–173. https://doi.org/10.1108/TLDR-06-2021-0017.

Beadle-Brown, J., Beecham, J., Leigh, J., Whelton, R. & Richardson, L. (2021). Outcomes and costs of skilled support for people with severe or profound intellectual disability and complex needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *34*(1), 42–54. https://doi.org/10.1111/jar.12782.

Beadle-Brown, J., Bigby, C. & Bould, E. (2015). Observing practice leadership in intellectual and developmental disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*(12), 1081–1093. https://doi.org/10.1111/jir.12208.

Beadle-Brown, J., Hutchinson, A. & Whelton, B. (2012). Person-centred Active Support – Increasing choice, promoting independence and reducing challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *25*(4), 291–307. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00666.x.

Beadle-Brown, J., Leigh, J., Whelton, B., Richardson, L., Beecham, J., Baumker, T. & Bradshaw, J. (2016). Quality of life and quality of support for people with severe intellectual disability and complex needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *29*(5), 409–421. https://doi.org/10.1111/jar.12200.

Beadle-Brown, J., Mansell, J., Ashman, B., Ockenden, J., Iles, R. & Whelton, B. (2014). Practice leadership and active support in residential services for people with intellectual disabilities: An exploratory study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *58*(9), 838–850. https://doi.org/10.1111/jir.12099.

Bigby, C. & Beadle-Brown, J. (2018). Improving quality of life outcomes in supported accommodation for people with intellectual disability: What makes a difference? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(2), e182–e200. https://doi.org/10.1111/jar.12291.

Bigby, C., Bould, E. & Beadle-Brown, J. (2019). Implementation of Active Support over time in Australia. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *44*(2), 161–173. https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1353681.

Bigby, C., Bould, E., Iacono, T. & Beadle-Brown, J. (2020a). Predicting good Active Support for people with intellectual disabilities in supported accommodation services: Key messages for providers, consumers and regulators. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *45*(3), 279–289. https://doi.org/10.3109/13668250.2019.1685479.

Bigby, C., Bould, E., Iacono, T. & Beadle-Brown, J. (2020b). Quality of practice in supported accommodation services for people with intellectual disabilities: What matters at the organizational level. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *45*(3), 290–302. https://doi.org/10.3109/13668250.2019.1671965.

Bigby, C., Bould, E., Iacono, T., Kavanagh, S. & Beadle-Brown, J. (2020). Factors that predict good Active Support in services for people with intellectual disabilities: A multilevel model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *33*(3), 334–344. https://doi.org/10.1111/jar.12675.

Bould, E., Beadle-Brown, J., Bigby, C. & Iacono, T. (2018). The role of practice leadership in Active Support: impact of practice leaders' presence in supported accommodation services. *International Journal of Developmental Disabilities*, *64*(2), 75–80. https://doi.org/10.1080/20473869.2016.1229524.

Bould, E., Bigby, C., Iacono, T. & Beadle-Brown, J. (2019). Factors associated with increases over time in the quality of Active Support in supported accommodation services for people with intellectual disabilities: A multi-level model. *Research in Developmental Disabilities*, *94*, 103477. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103477.

Chng, J. P. L., Stancliffe, R. J., Wilson, N. J. & Anderson, K. (2013). Engagement in retirement: An evaluation of the effect of Active mentoring on engagement of older adults with intellectual disability in mainstream community groups. *Journal of Intellectual Disability Research*, *57*(12), 1130–1142. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01625.x.

Chou, Y.-C., Harman, A. D., Lin, C.-J., Lee, W.-P., Chang, S.-C. & Lin, M.-L. (2011). Outcome evaluation of Active Support training in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(3), 1130–1136. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.011.

Felce, D. (1989). *Andover project: Staffed housing for adults with severe or profound mental handicaps: Summary report of a department of health and social security funded research project*. BIMH Publications.

Felce, D. & Emerson, E. (2001). Overview: Community living. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *7*(2), 73–74. https://doi.org/10.1002/MRDD.1010.

Flynn, S., Totsika, V., Hastings, R. P., Hood, K., Toogood, S. & Felce, D. (2018). Effectiveness of Active Support for adults with intellectual disability in residential settings: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(6), 983–998. https://doi.org/10.1111/jar.12491.

Graham, F., Sinnott, K. A., Snell, D. L., Martin, R. & Freeman, C. (2013). A more “normal” life: Residents’, family, staff, and managers’ experience of active support at a residential facility for people with physical and intellectual impairments. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *38*(3), 256–264. https://doi.org/10.3109/13668250.2013.805738.

Harman, A. D. & Sanderson, H. (2008). How person-centred is active support? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *33*(3), 271–273. https://doi.org/10.1080/13668250802273257.

Iacono, T., Bould, E., Beadle-Brown, J. & Bigby, C. (2019). An exploration of communication within active support for adults with high and low support needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *32*(1), 61–70. https://doi.org/10.1111/jar.12502.

Jones, E., Allen, D., Moore, K., Phillips, B. & Lowe, K. (2007). Restraint and self-injury in people with intellectual disabilities: A review. *Journal of Intellectual Disabilities*, *11*(1), 105–118. https://doi.org/10.1177/1744629507074006.

Jones, E., Felce, D., Lowe, K., Bowley, C., Pagler, J., Strong, G., Gallagher, B., Roper, A. & Kurowska, K. (2001). Evaluation of the dissemination of Active Support training and training trainers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *14*(2), 79–99. https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2001.00064.x.

Jones, E., Lowe, K., Brown, S., Albert, L., Saunders, C., Haake, N. & Leigh, H. (2013). Active Support as a primary prevention strategy for challenging behaviour. *International Journal of Positive Behavioural Support*, *3*(1), 16-30.

Jones, E., Perry, J., Lowe, K., Felce, D., Toogood, S., Dunstan, F., Allen, D. & Pagler, J. (1999). Opportunity and the promotion of activity among adults with severe intellectual disability living in community residences: The impact of training staff in active support. *Journal of Intellectual Disability Research*, *43*(3), 164–178. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00177.x.

Koritsas, S., Iacono, T., Hamilton, D. & Leighton, D. (2008). The effect of Active Support training on engagement, opportunities for choice, challenging behaviour and support needs. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *33*(3), 247–256. https://doi.org/10.1080/13668250802282944.

Lin, J., Manokara, V., Ng, J. S. & Penchaliah, S. (2020). Implementing Active Support in disability day services: A 6-month prospective study on engagement and behaviours of concern among adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *33*(6), 1307–1317. https://doi.org/10.1111/jar.12750.

Mansell, J. & Beasley, F. (1993). Small staffed houses for people with a severe learning disability and challenging behaviour. *The British Journal of Social Work*, *23*(4), 329–344

Mansell, J., Beadle-Brown, J. & Bigby, C. (2013). Implementation of active support in Victoria, Australia: An exploratory study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *38*(1), 48–58. https://doi.org/10.3109/13668250.2012.753996.

Mansell, J., Beadle-Brown, J., Macdonald, S. & Ashman, B. (2003). Functional grouping in residential homes for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *24*(3), 170–182. https://doi.org/10.1016/S0891-4222(03)00027-1.

Mansell, J., Beadle-Brown, J., Whelton, B., Beckett, C. & Hutchinson, A. (2008). Effect of service structure and organization on staff care practices in small community homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *21*(5), 398–413. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00410.x.

Mansell, J., Elliott, T., Beadle-Brown, J., Ashman, B. & Macdonald, S. (2002). Engagement in meaningful activity and "active support" of people with intellectual disabilities in residential care. *Research in Developmental Disabilities*, *23*(5), 342–352. https://doi.org/10.1016/S0891-4222(02)00135-X.

Qian, X., Larson, S. A., Tichá, R., Stancliffe, R. & Pettingell, S. L. (2019). Active Support training, staff assistance, and engagement of individuals with intellectual and developmental disabilities in the United States: Randomized controlled trial. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *124*(2), 157–173. https://doi.org/10.1352/1944-7558-124.2.157.

Rhodes, J. A. & Toogood, S. (2016). Can active support improve job satisfaction? *Tizard Learning Disability Review*, *21*(2), 54–60. https://doi.org/10.1108/TLDR-07-2015-0028.

Smith, C., Felce, D., Jones, E. & Lowe, K. (2002). Responsiveness to staff support: Evaluating the impact of individual characteristics on the effectiveness of active support training using a conditional probability approach. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(8), 594–604. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00433.x.

Stancliffe, R. J., Bigby, C., Balandin, S., Wilson, N. J. & Craig, D. (2015). Transition to retirement and participation in mainstream community groups using active mentoring: A feasibility and outcomes evaluation with a matched comparison group. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(8), 703–718. https://doi.org/10.1111/jir.12174.

Stancliffe, R. J., Harman, A. D., Toogood, S. & McVilly, K. R. (2008). Staff behaviour and resident engagement before and after active support training. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *33*(3), 257–270. https://doi.org/10.1080/13668250802318284.

Stancliffe, R. J., Harman, A. D., Toogood, S. & McVilly, K. R. (2011). Staffing numbers and active support: A case study. *Tizard Learning Disability Review*, *16*(3), 21–30. https://doi.org/10.1108/13595471111158666.

Stancliffe, R. J., Harman, A. D., Toogood, S. & McVilly, K. R. (2007). Australian implementation and evaluation of active support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*(3), 211–227. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00319.x.

Stancliffe, R. J., Jones, E. & Mansell, J. (2008). Research in active support. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *33*(3), 194–195. https://doi.org/10.1080/13668250802320082.

Stancliffe, R. J., Jones, E., Mansell, J. & Lowe, K. (2008). Active Support: A critical review and commentary. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *33*(3), 196–214. https://doi.org/10.1080/13668250802315397.

Stancliffe, R. J., McVilly, K. R., Radler, G., Mountford, L. & Tomaszewski, P. (2010). Active Support, participation and depression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *23*(4), 312–321. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00535.x.

Toogood, S. (2008). Interactive training. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, (2008), 215-224, 33(3).* https://doi.org/10.1080/13668250802292596.

Totsika, V., Toogood, S., Hastings, R. P. & McCarthy, J. (2010). The effect of Active Support interactive training on the daily lives of adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *23*(2), 112–121. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00510.x.

Totsika, V., Toogood, S., Hastings, R. P. & Nash, S. (2008). Interactive training for active support: Perspectives from staff. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *33*(3), 225–238. https://doi.org/10.1080/13668250802283348.

Boeken

Felce, D. (1996). Quality of support for ordinary living. In J. Mansell & K. Ericsson (red.), *Deinstitutionalization and community living: Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 117–133). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4517-4.

Felce, D., Jones, E. & Lowe, K. (2002). Active Support: planning daily activities and support for people with severe mental retardation. In S. Holburn & P. M. Vietze (red.), *Person centered planning. Research, practice and future directions* (pp. 247–269). P.H. Brookes.

Jones, E. & Lowe, K. (2005). Empowering service users through Active Support. In *Allies in emancipation: shifting from providing service to being of support*. Thompson Dunmore Press.

Mansell, J., Felce, D., Jenkins, J., De Kock, U. & Toogood, A. (1987). *Developing staffed housing for people with mental handicaps*. Costello.

Mansell, J. & Beadle-Brown, J. (2012). *Active Support: Enabling and empowering people with intellectual disabilities*. Jessica Kingsley Publishers.

Toogood, S., Totsika, V., Jones, E. & Lowe, K. (2016). Active Support. In N. N. Singh (red.), *Handbook of Evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 537–560). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4_20.

Overige referenties (niet over Active Support)

Felce, D. (2000). *Quality of life for people with learning disabilities in supported housing in the community: a review of research.* University of Exeter.

Jacobs, G. (2008). Participatie en empowerment in de gezondheidsbevordering: Professionals in de knel tussen ideaal en praktijk? *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, *14*(4), 29-39 https://doi.org/10.18352/jsi.11.

Ter Horst, W. (1977). *Het herstel van het gewone leven*. In W. ter Horst & M. E. M. Baartman (red.) (4e druk). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Wolfensberger, W., Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R. & Roos, P. (1972). *The principle of normalization in human services*. National Institute on Mental Retardation.

4.1.2. De Curve

Overzicht	
Ontwikkelaars	Matthijs Heijstek, orthopedagoog-generalist Nicole Makker, begeleider
Organisatie	Amerpoort
Website	De Curve heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	2014: verschijningsjaar van het naslagwerk
Jaar van laatste actualisering	Onbekend
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☒ Niveau niet nader gespecificeerd (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* De Curve is een methodiek voor de ondersteuning van mensen met VB en moeilijk verstaanbaar gedrag of lichamelijke of geestelijke achteruitgang. Wat moeilijk verstaanbaar gedrag is, wordt door de ontwikkelaars niet gedefinieerd. Hierdoor is onbekend welke vormen en mate van probleemgedrag worden bedoeld. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van De Curve bij de doelgroep.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* De Curve is ontwikkeld op een locatie met cliënten met VB en moeilijk verstaanbaar gedrag. Daarna is de methodiek toegepast op een woonlocatie van mensen met lichamelijke of geestelijk achteruitgang. De Curve wordt inmiddels ook gebruikt bij andere cliëntgroepen. Volgens de ontwikkelaars is de methodiek geschikt voor "elke cliëntgroep waarvoor een gezonde afwisseling van inspanning en ontspanning niet vanzelfsprekend is" (Heijstek & Makker, 2014).

Algemene beschrijving

In deze methodiek staat (zoals de naam al aangeeft) de curve centraal. Met de curve wordt bedoeld: de spanningsboog van de cliënt gedurende de dag. Dit is een golvende lijn die schematisch weergeeft welke activiteiten en rustmomenten er in de loop van de dag zijn en in welke mate de cliënt zich hierbij inspant of ontspant. Idealiter is deze curve van inspanning en ontspanning een harmonische lijn, maar in de praktijk ziet het er vaak anders uit. Bijvoorbeeld als de cliënt steeds wordt overvraagd en zich te veel moet inspannen ('hij/zij zit een groot deel van de dag boven in zijn/haar curve'). Of als

de cliënt langere tijd wordt ondervraagd en onderprikkeld of verveeld raakt ('hij/zij zit vaak onder in zijn/haar curve').

Met begeleidingsmethodiek De Curve leren begeleiders de cliënt beter kennen en begrijpen, zodat ze voor hem/haar een dagprogramma kunnen opstellen met een gezonde, bij hem/haar passende afwisseling van inspanning en ontspanning. Doordat het dagelijks leven van de cliënt meer in balans is, ontstaat bij hem/haar een dynamisch evenwicht (homeostase) waardoor moeilijk verstaanbaar gedrag kan afnemen. De Curve is gebaseerd op theorieën en modellen over ervaringsordening, arousal, emotionele ontwikkeling en hechting. Deze zijn door de ontwikkelaars vereenvoudigd en beperkt tot elementen die volgens hen in de praktijk toepasbaar zijn.

De Curve voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Moeilijk verstaanbaar gedrag wordt bij mensen met VB vaak veroorzaakt doordat de homeostase (het dynamisch evenwicht tussen henzelf en hun omgeving) onder druk staat en zij niet zelf een gezonde balans tussen inspanning en ontspanning kunnen realiseren. Dit gebeurt niet alleen bij ingrijpende gebeurtenissen (zoals een overlijden of verhuizing), maar juist ook in het gewone dagelijkse leven. Daarom is het van belang dat begeleiders de cliënt goed leren kennen en begrijpen, zodat ze een passend, gebalanceerd programma met alledaagse activiteiten kunnen maken en weten hoe ze de balans terug kunnen brengen als de cliënt uit evenwicht raakt.

2. Uitgangspunten

- Het is belangrijk dat het begeleidingsteam zich gezamenlijk een goed beeld van de cliënt vormt en zijn/haar behoeften kent als het gaat om voorspelbaarheid, nabijheid en prikkels.
- In het dagprogramma voor de cliënt worden alledaagse activiteiten opgenomen op het gebied van:
  - persoonlijke verzorging
  - huishouden
  - werk of dagbesteding
  - vrije tijd
  - sociale contacten

- Begeleiders herkennen de momenten waarop de cliënt uit evenwicht raakt doordat hij/zij overprikkeld of onderprikkeld is en weten wat ze kunnen doen om hem/haar tot rust te brengen of te activeren.
- De Curve komt het best tot zijn recht als wonen en werk/dagbesteding op elkaar zijn afgestemd en er een doorlopend dagprogramma voor de cliënt is. Begeleiders zijn daarom vaak 'cliëntvolgend' en werken zowel op de woon- als werk-/dagbestedingslocatie van de cliënt.

3. Doel

Het eerste doel van De Curve is dat begeleiders de cliënt beter leren kennen en begrijpen en dat ze goed weten wat de hulpvragen zijn. Het tweede doel is dat begeleiders op basis hiervan voor de cliënt een uitdagend en evenwichtig dagprogramma kunnen opstellen met een passende afwisseling tussen inspanning en ontspanning, zodat hij/zij niet wordt overvraagd en overprikkeld, maar ook niet wordt ondervraagd en onderprikkeld.

4. Systematische werkwijze

Het begeleidingsteam maakt voor de cliënt een dagprogramma op basis van het gezamenlijke beeld dat ze zich van hem/haar hebben gevormd. Hierbij volgen ze deze drie hoofdstappen en de bijbehorende deelstappen:

1) De curve (spanningsboog van de cliënt) herkennen:
   a) De vier gebieden van de curve herkennen:
      - Inspanning
      - Ontspanning
      - Bovenste grijze gebied (de cliënt raakt langzaam overprikkeld: hij/zij verliest de aandacht, wordt chaotisch of raakt geïrriteerd)
      - Onderste grijze gebied (de cliënt raakt langzaam onderprikkeld: hij/zij verveelt zich, wordt hangerig, zeurderig, balorig of dut in)

      Als er geen aandacht aan de grijze gebieden wordt besteed, kan de cliënt terechtkomen in Escalatie (de cliënt verliest zijn/haar controle en vertoont hevige emoties of heftig gedrag) of Slapen (de cliënt is afwezig en kan zelfs letterlijk in slaap vallen).
   b) De drie begeleidingsmomenten herkennen:
      - Instarten (de cliënt uit het onderste grijze gebied laten komen door hem/haar uit te nodigen, te verleiden of aan te sporen)

- Uitdagen (samen met de cliënt de spanning van het bovenste grijze gebied opzoeken)
- Actief tot ontspanning brengen (door de cliënt iets aan te reiken, hem/haar te sturen of samen iets ontspannends te doen)

c) De curve in de praktijk herkennen
Om een passend dagprogramma te kunnen opstellen, is het belangrijk dat begeleiders de curve van de cliënt begrijpen. Hiertoe maken ze op basis van video-opnamen een curve-schema.*

2) De curve beïnvloeden door:
- Voorspelbaarheid en herkenbaarheid (de vorm en mate afgestemd op de ervaringsordening van de cliënt).*
- Nabijheid (afgestemd op de emotionele ontwikkeling en behoefte aan veiligheid van de cliënt).*
- Prikkels (de aard, hoeveelheid en sterkte afgestemd op het prikkelniveau van de cliënt).*
- In de huid kruipen van… (door de ogen van de cliënt naar de wereld te kijken).*

3) De curve organiseren door:
- Voor de cliënt (op basis van de voorgaande stappen) een uitdagend en evenwichtig dagprogramma met alledaagse activiteiten te maken. Hierin worden ook het contact met begeleiders en andere cliënten, de tijdstippen en ruimtes van de activiteiten en de momenten van inspanning en ontspanning opgenomen.*
- Begeleidingsmomenten te benadrukken. Wanneer de omstandigheden erom vragen passen begeleiders het programma van de dag aan:
  - Actief tot ontspanning brengen (wanneer de cliënt te veel spanning opbouwt en overprikkeld raakt).
  - Uitdagen (om de draagkracht van de cliënt op te bouwen wanneer hij/zij een periode overbelast is geweest en minder aankan dan eerst).
  - Instarten (wanneer de cliënt onderprikkeld en moeilijk tot inspanning te bewegen is).
- Doelen (behandeldoelen en dagelijkse doelen) op te stellen en te rapporteren middels het Curve-rapportagesysteem.*

*Voor deze tussenstappen zijn als handvatten werkbladen beschikbaar; deze zijn gratis te downloaden (Amerpoort, z.d.).

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* De PDCA-cyclus wordt niet letterlijk benoemd, maar in het naslagwerk (Heijstek & Makker, 2014) wordt aangegeven dat binnen De Curve gebruik wordt gemaakt van een methodische cyclus die bestaat uit 1) dagprogramma maken/ bijstellen (= plan/act), 2) dagprogramma uitvoeren (= do), 3) dagelijks rapporteren (= do) en 4) evalueren (= check).

5. Doorlopende manier van handelen

De ontwikkelaars geven niet expliciet aan voor welke termijn De Curve wordt ingezet. Er lijkt sprake te zijn van een doorlopende manier van handelen omdat moeilijk verstaanbaar gedrag vaak complex is en om een lange adem vraagt. Bovendien zijn veel mensen met VB zelf niet goed in staat om een gezonde balans tussen inspanning en ontspanning te realiseren en hebben ze hier doorlopend ondersteuning bij nodig. Wanneer bepaalde doelen zijn behaald, kunnen nieuwe doelen worden opgesteld om de cliënt een zo evenwichtig en gewoon mogelijk leven te laten leiden.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☐ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het naslagwerk is gratis verkrijgbaar. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van De Curve.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Amerpoort heeft het naslagwerk (Heijstek & Makker, 2014) en de bijbehorende werkbladen gratis digitaal beschikbaar gesteld (Amerpoort, z.d.). Het naslagwerk bevat zowel een theoretische beschrijving van de methodiek als praktische informatie.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Er is geen implementatieplan beschikbaar, maar het naslagwerk biedt veel informatie en handvatten voor toepassing van De Curve door een begeleidingsteam in de dagelijkse praktijk. Daarnaast geven de ontwikkelaars aan dat met de volgende zaken rekening moet worden gehouden wanneer een zorginstelling De Curve wil inzetten: • De Curve komt het best tot zijn recht als wonen en werk/dagbesteding goed op elkaar zijn afgestemd en er een doorlopend dagprogramma voor de cliënt is. Begeleiders zijn daarom vaak ‘cliëntvolgend’ en werken zowel op de woon- als werk-/ dagbestedingslocatie van de cliënt. • Op de locaties moeten meerdere ruimtes zo zijn ingericht dat cliënten er tot inspanning of ontspanning worden gestimuleerd.

	• De beeldvorming van de cliënt moet voor alle betrokkenen eenvoudig toegankelijk zijn. • Wanneer er sprake is van een groot begeleidingsteam en meerdere cliënten, is het raadzaam dat op de woonlocatie een begeleider C aanwezig is en dat met name op de werk-/dagbestedingslocatie een coördinator van de dag wordt aangesteld.
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zijn geen scholingen of trainingen over De Curve gevonden. In het boek wordt aangegeven dat men meteen met De Curve aan de slag kan gaan. In een video over werken met De Curve (youtube.com/watch?v=QQbgWDpYNOs) is echter te zien dat begeleiders een training volgen.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor De Curve. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De theoretische onderbouwing is gebaseerd op theorieën over homeostase (Bramston et al., 1999; Chamberlain & Zika, 1990; Claes et al., 2011; Janssen et al., 2002; Vonk & Hosmar, 2009), arousal en stress (Cohen, 1995; Pfaff et al., 2007; Wijnroks, 2013), emotionele ontwikkeling (Claes & Verduyn, 2011; Došen, 2010; Oatley et al., 2006), ervaringsordening (Timmers-Huigens, 1997, 2005) en het Behavioral Inhibition System (Aron, 2004; Smolewska et al., 2006). Praktijkkennis staat binnen De Curve voorop; uit

Predicaat begeleidingsmethodiek: De Curve

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

- ☑ Ja
- ☐ Nee

Toelichting: De Curve maakt gebruik van vereenvoudigingen van bestaande theorieën en modellen. Deze worden in het boek (Heijstek & Makker, 2014) benoemd, met verwijzingen naar literatuur.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

- ☐ Ja, controleerbaar
- ☑ Ja, niet controleerbaar
- ☐ Nee

Toelichting: De Curve is ontwikkeld aan de hand van de dagelijkse praktijk en op basis van bestaande theorieën. Vragenlijsten bevatten geen teksten uit publicaties van anderen. Ze zijn door auteurs ontwikkeld en toegepast. Er zijn geen verwijzingen naar literatuur over hoe deze vragenlijsten zijn ontwikkeld.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van De Curve. In het boek (Heijstek & Makker, 2014) worden positieve ervaringen over en effecten van De Curve beschreven, maar deze zijn niet geïnventariseerd in een onderzoeksproject.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van De Curve.

de theorieën worden werkzame elementen gebruikt. In het boek wordt geen volledig beeld van de theorieën gegeven.

7.2. Ontwikkeling

De ontwikkelaars hebben bestaande theorieën en modellen vereenvoudigd en ze beperkt tot praktisch toepasbare elementen. De vragenlijsten en tabellen (over ervaringsordening, emotionele ontwikkeling en prikkelniveau) in hoofdstuk 2 van het boek bevatten geen teksten uit publicaties van de genoemde auteurs. Ze zijn door de ontwikkelaars opgesteld op basis van de genoemde theorieën en hun eigen praktijkervaringen. Er is geen onderzoek gevonden over de ontwikkeling van de vragenlijsten en tabellen.

- De vragenlijst over ervaringsordening is gebaseerd op de ervaringsordeningstheorie van Dorothea Timmers-Huigens (Timmers-Huigens, 1997, 2005).
- De vragenlijst over emotionele ontwikkeling is gebaseerd op de fase-indeling van Anton Došen (Došen, 2010) en de SEO-R (Claes & Verduyn, 2011). Daarnaast wordt in de vragenlijst gebruikgemaakt van de basisemoties (Oatley et al., 2006).
- De vragenlijst over prikkelniveau is gebaseerd op de fase-indeling van de ontwikkeling van de zintuigen (Ayres, 2002; Heijkoop, 2009).

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van De Curve gevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van De Curve gevonden.

7.5. Databank

De Curve blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over De Curve

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands en Engels)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Heijstek, M. & Makker, N. (2014). *Werken met de curve: in drie stappen naar een uitdagend en evenwichtig dagprogramma*. Amerpoort.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Amerpoort. (z.d.). *Boeken*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.amerpoort.nl/over-amerpoort/publicaties/boeken. Op deze webpagina zijn het boek, de werkbladen en de video 'Werken met De Curve' te downloaden.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over De Curve)

Aron, E. N. (2004). *Het hoog sensitieve kind*. Uitgeverij Archipel.

Ayres, A. J. (2002). *Bausteine der kindlichen Entwicklung* (4e druk). Springer.

Bramston, P., Fogarty, G. & Cummins, R. A. (1999). The nature of stressors reported by people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *12*(1), 1–10. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1999.tb00046.x.

Chamberlain, K. & Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, *81*(4), 469–481. https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1990.tb02373.x.

Claes, L., Declercq, K., De Neve, L., Jonckheere, B., Marrecau, J., Morisse, F., Ronsse, E. & Vangansbeke, T. (2011). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Uitgeverij Maklu.

Claes, L. & Verduyn, A. (2011). *De SEO-R: Schaal voor emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking-revised*. Uitgeverij Garant.

Cohen, I. L. (1995). A theoretical analysis of the role of hyperarousal in the learning and behavior of fragile X males. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, *1*(4), 286–291. https://doi.org/10.1002/mrdd.1410010410.

Došen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap; een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Uitgeverij Van Gorcum.

Heijkoop, J. (2013). *Vastgelopen: anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen* (5e druk). Uitgeverij Boom/Nelissen.

Janssen, C. G. C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, *46*(6), 445–453. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00430.x.

Oatley, K., Keltner, D. & Jenkins, J. M. (2006). *Understanding emotions* (2e druk). Blackwell Publishing.

Pfaff, D. W., Martin, E. M. & Ribeiro, A. C. (2007). Relations between mechanisms of CNS arousal and mechanisms of stress. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, *10*(4), 316–325. https://doi.org/10.1080/10253890701638030.

Smolewska, K. A., McCabe, S. B. & Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". Personality and Individual Differences, *40*(6), 1269–1279. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.022.

Timmers-Huigens, D. (1997). *Interactieve geloofscommunicatie: ervaringsordening en de kwaliteit van intergeneratieve communicatie in de christelijke gemeenschap*. Uitgeverij Kok.

Timmers-Huigens, D. (2005). *Ervaringsordening: Mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap (5e druk)*. Uitgeverij Reed Business Education.

Vonk, J. & Hosmar, A. (2009). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking: Een denk en handelingskader voor de praktijk*. Uitgeverij Acco.

Wijnroks, L. (2013). Kritische kanttekeningen bij de discrepantiehypothese en het concept overvraging: het stressmodel als alternatief. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *39*(2), 99–113.

4.1.3. Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)

Overzicht	
Ontwikkelaar	Karel De Corte, orthopedagoog (Vlaanderen)
Organisatie	Karel De Corte
Website	www.kareldecorte.be/emancipatie
Jaar van ontwikkeling	2014
Jaar van laatste actualisering	Onbekend
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☒ MVB ☒ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niveau niet nader gespecificeerd (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* In het naslagwerk (De Corte, 2014) wordt omschreven dat het EMK kan worden gebruikt voor de bovengroep van mensen met VB, maar ook voor mensen met een (zeer) ernstige VB. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van het EMK bij de doelgroep.
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Het boek (De Corte, 2014) specificeert werk/dagbesteding niet. Wel worden meerdere voorbeelden gegeven van de toepassing van het EMK binnen de woonsetting van een instelling en bij ambulante begeleiding. In het artikel (De Corte, 2005) wordt beschreven hoe men binnen een residentiële voorziening kan veranderen naar een begeleidingsmodel met een ambulante insteek. Dit betreft geen volledige ambulante begeleiding.

Algemene beschrijving

Het Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK) biedt een breed kader dat het denken en handelen van begeleiders kan ondersteunen in het toepassen van het burgerschapsmodel in de zorg en ondersteuning aan cliënten met VB van alle niveaus. Binnen het burgerschapsmodel wordt benadrukt dat mensen met VB volwaardige burgers zijn met dezelfde rechten en plichten als mensen zonder VB. Hierin zijn onder meer keuzevrijheid, zelfbeschikking, eigen regie en deelname aan het gewone leven belangrijk. Het EMK bestaat uit een relationeel, instrumenteel, evaluatief en strategisch kader.

Het EMK voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Om samen aan burgerschap te kunnen werken, moeten begeleiders eerst investeren in de opbouw van een onvoorwaardelijke en gelijkwaardige relatie met cliënten. Alleen dan ontstaat de verbinding die noodzakelijk is om samen het emancipatorische proces in te gaan. De opbouw van een onvoorwaardelijke en gelijkwaardige relatie is de basis van Gentle Teaching. De ontwikkelaar van het EMK licht echter niet toe hoe het EMK en Gentle Teaching zich tot elkaar verhouden, niet in zijn boek (De Corte, 2014) en evenmin in zijn artikel (De Corte, 2005).

2. Uitgangspunten

Het is alleen zinvol om met een emancipatorische benadering zoals het EMK te werken als dit de kwaliteit van leven van de cliënt met VB verhoogt. Cliënten met VB kunnen zich ontplooien en groeien als er een relationele binding met hun begeleiders is. Hiervoor is een relatie nodig waarin onvoorwaardelijkheid, gelijkwaardigheid, veiligheid en verbinding centraal staan en geen sprake is van dominantie, macht en angst. Dit is de zogenoemde 'goed genoeg'-relatie. Deze goed genoeg-relatie is een fundamentele voorwaarde om het EMK als begeleidingsmethodiek te kunnen gebruiken. Dit geldt zowel voor de relatie tussen de cliënt en de begeleider als voor de relatie tussen de cliënt en het begeleidingsteam. Om met het EMK te kunnen werken en de overstap naar het burgerschapsmodel te kunnen maken, is op organisatieniveau een duidelijk agogische visie nodig, gericht op het opbouwen van relaties in plaats van het beheersen van gedrag. Binnen dit kader kunnen begeleiders samen met cliënten werken aan empowerment en emancipatie.

3. Doel

Het EMK biedt een kader om op een veilige manier vorm te geven aan het burgerschapsmodel voor mensen met VB. Het EMK geeft cliënten mogelijkheden tot groei en ontplooiing en biedt veiligheid voor zowel cliënten als begeleiders.

4. Systematische werkwijze

Het EMK start met de vijf stappen van het instrumentele kader:

1) Probleemanalyse vanuit het perspectief van de cliënt, zijn/haar omgeving en begeleider
2) Bepalen op welk overlegniveau het traject start:
   - Wordt de verantwoordelijkheid door de begeleiders bij de cliënt gelaten?
   - Wordt de verantwoordelijkheid gedeeld door de cliënt en de begeleiders?
   - Of wordt de verantwoordelijkheid overgenomen door de begeleiders?
3) Steungroep samenstellen met natuurlijke en professionele betrokkenen
4) Doelstellingen formuleren
5) Afspraken maken
6) Na deze vijf stappen volgt de zesde stap: het evaluatieve kader. Hierin wordt na de vooraf vastgestelde periode door de steungroep een evaluatie gemaakt, bestaande uit een batenbestek en een schadebestek. Het batenbestek beantwoordt de vraag in hoeverre de afspraken zijn nagekomen en de doelen zijn behaald. Het schadebestek meet de schade van het begeleidingsproces op drie terreinen: veiligheid, relatie en ethiek. Op basis van de evaluatie kan het volgende worden besloten:
   - Overgang naar een bredere lamel: Naar aanleiding van de evaluatie is het wenselijk dat de omgeving een stap terug doet en de vrijheid en zelfbepaling van de cliënt worden vergroot.
   - Doorgaan in dezelfde lamel: Omdat de afspraken goed lopen, maar de doelen nog niet zijn behaald, wordt besloten door te gaan op basis van de eerder gemaakte afspraken en een volgende evaluatie op hetzelfde overlegniveau te laten plaatsvinden.
   - Overgang naar een smallere lamel: Omdat de doelen op basis van de gemaakte afspraken niet zijn bereikt, worden nieuwe afspraken gemaakt, waarbij de vrijheid en zelfbepaling van de cliënt worden verkleind en de omgeving meer regie neemt. Zo nodig kan het overlegniveau worden aangepast.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij het EMK is wel sprake van een methodische, cyclische werkwijze. Het plannen bestaat uit de eerste vier stappen: probleemanalyse, bepalen van het overlegniveau, samenstellen van een steungroep en formuleren van de doelen. Vervolgens worden afspraken gemaakt om de doelstellingen te bereiken (= do, stap 5). Het uitvoeren van deze afspraken binnen een vooropgestelde termijn wordt niet duidelijk als stap omschreven in het EMK, maar wordt wel benoemd in stap 6, het evaluatieve kader. In deze stap worden de resultaten op verschillende vlakken gecheckt en geëvalueerd (= check). Op basis van deze evaluatie worden de vervolgstappen bepaald (= act). Deze zes stappen zijn hierboven toegelicht.

5. Doorlopende manier van handelen

Het EMK omvat een doorlopende manier van handelen. In stap zes van het instrumentele kader wordt het resultaat van de voorgaande vijf stappen geëvalueerd. Na deze evaluatie vindt bijstelling plaats en wordt het vervolg vastgesteld, waarbij de cliënt meer vrijheid en zelfbepaling krijgt en de omgeving een stap terug doet, óf er wordt doorgegaan op dezelfde voet óf de invloed van de omgeving wordt vergroot en de zelfbepaling van de cliënt wordt verkleind.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van het EMK.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk over het EMK (De Corte, 2014) is te bestellen via de website van de ontwikkelaar (www.kareldecorte.be). Het bevat zowel een theoretische beschrijving als een praktische beschrijving met voorbeelden uit de praktijk.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* • In het artikel (De Corte, 2005) wordt beschreven hoe het EMK kan worden toegepast in een residentiële voorziening door structuurwijzigingen aan te brengen. Hierbij dient de implementatie van het EMK bij de Vlaamse zorginstelling Den Dries als voorbeeld. Deze beschrijving betreft geen volledig implementatieplan. • Er zijn geen specifieke hulpmiddelen nodig om het EMK toe te passen. In de zorginstelling moeten wel structuurwijzigingen plaatsvinden om emancipatorisch te kunnen werken: meer individugerichte in plaats van groepsgerichte begeleiding; gericht, multidisciplinair overleg; organisatie van individuele begeleidingstijd voor de cliënt binnen de groepstaken; participatie van de cliënt tijdens overlegmomenten; flexibele werktijden (de begeleider krijgt de flexibiliteit om werktijden zelf in te plannen om individuele begeleiding te bieden aan cliënten); aanpassen van de inhoud van de baan van begeleider die naar wens uit meerdere taken kan bestaan (de zogenoemde verschillende jobpakketten); inrichten van meer zelfsturing via verantwoordelijkheidsniveaus (De Corte, 2005).

Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Karel De Corte biedt twee cursussen op maat aan: Emancipatorisch werken in de praktijk en Emancipatorisch werken in een residentiële voorziening. Beschikbaar: www.kareldecorte.be/emancipatie.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor het EMK. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De begeleidingsmethodiek wordt op verschillende onderdelen theoretisch onderbouwd met literatuurverwijzingen. Het EMK is gebaseerd op het burgerschapsmodel. In het boek *Eerst vasthouden, dan loslaten* (De Korte, 2014) wordt geen bron gegeven bij het burgerschapsmodel, maar wordt de paradigmaverschuiving in de gehandicaptenzorg wel beschreven: van “de hulpverlener stuurde vanuit zijn deskundigheid alles aan” naar “hulpverleners moeten de balans zoeken tussen ondersteuning bieden enerzijds en zelfbeschikking van de cliënt anderzijds”. Binnen het burgerschapsmodel wordt benadrukt dat mensen met VB volwaardige burgers zijn met dezelfde rechten en plichten als mensen zonder VB (De Korte, z.d.). Hierin zijn onder meer keuzevrijheid, zelfbeschikking, eigen regie belangrijk. In het boek wordt ook het *Verdrag inzake de rechten van personen*

Predicaat begeleidingsmethodiek: Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Het EMK is gebaseerd op het burgerschapsmodel.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Het EMK wordt op verschillende onderdelen theoretisch onderbouwd met literatuurverwijzingen. De ontwikkeling van het EMK is niet beschreven in de openbare bronnen.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van het EMK.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van het EMK.

met een handicap (Verenigde Naties, 2006) aangehaald dat geratificeerd is in België (2009) en Nederland (2016).

7.2. Ontwikkeling

De wijze van ontwikkeling is niet beschreven in openbare bronnen.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van het EMK gevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van het EMK gevonden.

7.5. Databank

Het EMK blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over het EMK

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

De Corte, K. (2014). *Eerst vasthouden, dan loslaten. Het Emancipatorisch Methodisch Kader: houvast voor hulpverleners* (2e druk). Uitgeverij Garant.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

De Corte, K. (2005). Emancipatorisch werken in een residentiële voorziening: moeilijk, maar niet onmogelijk. *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *24*(1).

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

De Corte, K. (z.d.). *Eerst vasthouden, dan loslaten. Het Emancipatorisch Methodisch kader: houvast voor hulpverleners.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kareldecorte.be/eerst-vasthouden-dan-loslaten.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over het EMK)

Verenigde Naties. (2006). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.* Nederlandse vertaling geraadpleegd op 1 november 2023 van https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBV0004045&z=2016-07-14&g=2016-07-14.

4.1.4. **Oplossingsgericht werken**

Overzicht	
Ontwikkelaars	*Niet (specifiek) voor mensen met VB:* Steve De Shazer en Insoo Kim Berg, Brief Family Therapy Center, Milwaukee (Verenigde Staten): *Voor mensen met VB:* John Roeden, gezondheidszorgpsycholoog Fredrike Bannink, klinisch, kinder- en jeugdpsycholoog
Organisatie (NL)	Niet bekend
Website (NL)	Oplossingsgericht werken heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	1985, VS: niet (specifiek) voor mensen met VB 2007, NL: voor mensen met VB
Jaar van laatste actualisering	2018: naslagwerk over Oplossingsgericht werken bij mensen met VB (Van der Giessen & Verzaal, 2018)
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☒ MVB ☒ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niet gespecificeerd door ontwikkelaars
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Oplossingsgericht werken is in 1985 ontwikkeld door De Shazer en Berg in de VS (De Shazer, 1985). Aanvankelijk was er geen specifieke toepassing voor mensen met VB. In 2007 verscheen het *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten* (Roeden & Bannink, 2022), waarmee de methodiek werd toegesneden op de Nederlandse gehandicaptenzorg. Oplossingsgericht werken is geschikt voor mensen met alle niveaus van VB. • Bij een zwaardere VB kan ten aanzien van de cliënt oplossingsgericht worden gewerkt met het begeleidingsteam (Oplossingsgericht coachen) (Roeden & Bannink, 2019, 2022). Oplossingsgericht coachen is onderzocht in drie studies bij mensen met LVB, MVB en EV(MB) (Lohuis et al., 2016; Rhodes, 2000; Roeden, Maaskant & Curfs, 2012). • Een contra-indicatie voor Oplossingsgericht werken geldt wanneer gesprekscontact niet mogelijk of gewenst is, bijvoorbeeld bij een acute psychose. Daarnaast kan Oplossingsgericht werken minder goed inzetbaar zijn bij mensen met autisme, omdat de cliënt zich bij sommige oplossingsgerichte vragen in een ander moet verplaatsen, wat voor mensen met autisme lastig kan zijn (Lloyd & Dallos, 2006).
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet (verder) gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Oplossingsgericht werken en coachen kan worden ingezet bij wonen en werk/dagbesteding voor mensen met alle niveaus van VB (Roeden & Bannink, 2019). In de onderzoeken naar Oplossingsgericht werken en coachen is niet gespecificeerd bij welke zorgvorm(en) het onderzoek plaatsvond.

Algemene beschrijving

De kern van Oplossingsgericht werken is samen met de cliënt (of het team) tot oplossingen te komen. De professional (begeleider, gedragskundige, maatschappelijk werker, consulent, et cetera) sluit zich aan bij de belevingswereld van de cliënt (of het team), heeft er vertrouwen in dat de cliënt (of het team) zelf problemen kan oplossen en helpt de cliënt (of het team) inzicht te geven in problemen door gebruik te maken van oplossingsgerichte technieken (Roeden & Bannink, 2019, 2022; Van der Giessen & Verzaal, 2018). Er bestaan verschillende varianten van Oplossingsgericht werken, afgestemd op de mate van VB van de cliënt en de setting waarin wordt gewerkt.

Mate van VB

- Zwakbegaafdheid en LVB: Oplossingsgericht werken kan worden toegepast bij cliënten met zwakbegaafdheid en LVB (Roeden & Bannink, 2022). Het is van belang dat de cliënt een doel heeft waaraan hij/zij wil werken of in de loop van een of meerdere gesprekken tot een doel kan komen. Kan de cliënt zich verbaal niet goed uitdrukken, dan kan gebruik worden gemaakt van ondersteunende non-verbale oplossingsgerichte technieken, zoals visualisaties, rollenspellen of muziek (Roeden & Bannink, 2022; Van der Giessen & Verzaal, 2018).
- Matige, ernstige of zeer ernstige VB: Oplossingsgericht werken is in het een-op-eencontact tussen de begeleider en cliënt vaak niet mogelijk bij mensen met MVB, EV(M)B en ZEVMB omdat zij vanwege hun cognitieve en verbale beperkingen vaak niet in staat zijn doelen te omschrijven, huiswerkopdrachten uit te voeren en gestelde doelen te evalueren. Bij hen kan oplossingsgericht worden gewerkt door het begeleidingsteam, waarbij begeleiders samen voor de cliënt doelen formuleren en een strategie bepalen om deze te bereiken. Dit wordt ook Oplossingsgerichte coaching genoemd (Engels: *solution-focused coaching*) (Roeden & Bannink, 2022).

Setting

Er zijn verschillende settingen waarin Oplossingsgericht werken kan worden toegepast (Roeden & Bannink, 2019, 2022):

- Kortdurende samenwerkingsrelatie (therapie): Bij deze vorm van Oplossingsgericht werken is sprake van een kortdurende samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en zorgprofessional, zoals een gedragskundige of maatschappelijk werker, die al dan niet werkzaam is bij de instelling waar de cliënt woont. Het aantal gespreksmomenten

hangt af van de hulpvraag van de cliënt. De zorgprofessional kan een-op-een met de cliënt werken, maar ook zijn/haar verwanten, begeleiders of andere cliënten kunnen worden betrokken. Het initiatief tot de therapie kan zowel vanuit de cliënt zelf komen als vanuit de zorgprofessional, begeleiders of verwanten. In het Engels wordt deze variant *solution-focused brief therapy* genoemd.

- Langdurige samenwerkingsrelatie (begeleidingsmethodiek): Er is sprake van een langdurige samenwerkingsrelatie als de cliënt door een begeleider wordt ondersteund in een woning waar hij/zij alleen of samen met anderen woont. Dit geldt ook wanneer de cliënt door een jobcoach of activiteitenbegeleider wordt ondersteund op een werk-/dagbestedingslocatie. In deze setting kunnen de begeleider en cliënt een-op-een oplossingsgericht werken, maar er kunnen ook verwanten, andere begeleiders en andere cliënten bij worden betrokken. Het initiatief kan zowel vanuit de cliënt komen als vanuit begeleiders of verwanten.

De variant waarbij Oplossingsgericht werken in een langdurige samenwerkingsrelatie wordt toegepast, voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Lichte en matige VB

Bij Oplossingsgericht werken ligt de focus op oplossingen, niet op problemen. Emancipatie van de cliënt staat centraal: de cliënt is zelf de expert en zijn/haar expertise wordt gebruikt voor het stellen van doelen. De oplossingsgerichte begeleider staat achter de cliënt, kijkt met hem/haar mee, laat zich door hem/haar informeren en stelt oplossingsgerichte vragen die de cliënt helpen bij het behalen van zijn/haar doelen. Ongeacht de beperkingen en problemen heeft de begeleider altijd vertrouwen in de mogelijkheden van de cliënt (Roeden & Bannink, 2022; Van der Giessen & Verzaal, 2018). Binnen de begeleidingsmethodiek wordt gebruikgemaakt van de competenties, hulpbronnen, woorden en opvattingen van de cliënt om stapsgewijs veranderingen te realiseren. Door te focussen op oplossingen en de cliënt te erkennen en waarderen, is er sprake van een hoopvolle, optimistische samenwerking (Roeden & Bannink, 2019).

Matige, ernstige of zeer ernstige VB

Bij Oplossingsgericht coachen met een begeleidingsteam wordt vanuit de principes van Oplossingsgericht werken naar de cliënt gekeken. Ook hierbij ligt de focus op iemands mogelijkheden, niet op iemands beperkingen. De teamleden concentreren zich op een gezamenlijk doel dat ze willen bereiken. Er wordt gebruikgemaakt van de competenties van de cliënt en teamleden om veranderingen te bewerkstelligen. Eerdere successen worden besproken en suggesties van begeleiders worden gebruikt (Roeden & Bannink, 2022; Van der Giessen & Verzaal, 2018).

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van Oplossingsgericht werken en coachen (Van der Giessen & Verzaal, 2018):

- Het probleem is er nooit altijd; veranderingen zijn onvermijdelijk. Focus op de momenten dat het probleem niet of minder aanwezig was. Wat ging toen anders? Zou de cliënt dit opnieuw kunnen doen?
- Kleine stapjes kunnen tot grote veranderingen leiden. Als de cliënt kleine veranderingen opmerkt, geeft dit vertrouwen in meer veranderingen.
- Repareer niet wat niet stuk is. Als het in de beleving van de cliënt goed gaat, dan is dat zo.
- Als iets werkt, doe het dan vaker. Als de cliënt ontdekt dat iets (beter) werkt, moedig dit dan aan.
- Als iets niet werkt, stop er dan mee en doe iets anders.

3. Doel

Lichte en matige VB

Oplossingsgericht werken heeft als doel de psychosociale en emotionele problematiek van de cliënt te verminderen door hem/haar te helpen bij het realiseren van het gewenste doel. De methodiek gaat uit van de autonomie van de cliënt en maakt gebruik van zijn eigen competenties en hulpbronnen om stap voor stap veranderingen te bewerkstelligen (Roeden & Bannink, 2019, 2022).

Matige, ernstige of zeer ernstige VB

Oplossingsgericht werken met een begeleidingsteam heeft als doel problemen die bij een cliënt of groep cliënten spelen te verminderen, waarbij gebruik wordt gemaakt van de competenties van de cliënt en begeleiders (Roeden & Bannink, 2022).

4. Systematische manier werkwijze

Lichte en matige VB

Het eerste gesprek vindt plaats aan de hand van deze stappen in het protocol (Roeden & Bannink, 2022):

1) Rolverheldering: voorstellen en werkwijze bespreken.
2) Invoegen: de cliënt op zijn/haar gemak stellen en een positieve werkrelatie opbouwen.
3) De vraag naar verbetering vóór het eerste gesprek: Veel cliënten merken al vooruitgang tussen het moment dat ze het probleem willen bespreken en het moment waarop het daadwerkelijk met de begeleider wordt besproken. Met deze vraag speelt de belegeider daarop in.
4) Beschrijven en erkennen van het probleem.
5) Formuleren van het doel: Met de 'wondervraag' kan een oplossing in de toekomst worden onderzocht. 'Stel dat door een wonder het probleem is opgelost. Hoe zou het er dan uitzien en wat zou je dan merken?'
6) Uitzonderingen: Het probleem is niet altijd aanwezig. De begeleider zoekt samen met de cliënt naar positieve uitzonderingen. Als deze zijn gevonden, kunnen vervolgvragen worden gesteld, zoals 'Wat ging toen anders?'
7) Schaalvragen: De begeleider kan vooruitgang, motivatie, hoop en vertrouwen inzichtelijk maken met schaalvragen, waarbij de cliënt op een schaal van 0 tot 10 aangeeft hoe hij/zij de huidige situatie ervaart.
8) Competentievragen: Met vragen als 'Hoe deed je dat?' kan de begeleider de competenties van de cliënt in kaart brengen. De vragen kunnen ook bijdragen aan het zelfvertrouwen van de cliënt.
9) Feedback: De begeleider geeft de cliënt complimenten voor wat hij/zij al doet. Vervolgens geeft de begeleider aan welke taken de cliënt krijgt, met uitleg over de reden voor deze taken of dit huiswerk. Als de cliënt dit wil, kan hij/zij de begeleider ook feedback geven. Welke taken de cliënt krijgt, hangt af van het type samenwerkings-

relatie. De begeleider schat dit tijdens het gesprek in. De verschillende types samenwerkingsrelaties en bijbehorende taken zijn:

- Klanttypische relatie: De cliënt ervaart een probleem, ziet zichzelf als onderdeel hiervan en heeft als doel hieraan te gaan werken. Hij/zij krijgt observatietaken en/of gedragstaken. Voorbeeld van een observatietaak: 'Let tussen nu en de volgende keer op welke goede dingen in je leven gebeuren.' Voorbeeld van een gedragstaak: 'Ga door met de dingen die werken.'
- Klagertypische relatie: De cliënt ervaart een probleem, maar ziet zichzelf niet als onderdeel hiervan en is (nog) niet in staat of bereid om aan een doel te gaan werken. Hij/zij krijgt suggesties voor observatietaken.
- Bezoekerstypische relatie: De cliënt ziet zelf geen probleem en het gesprek is geïnitieerd door iemand anders die vindt dat de cliënt een probleem heeft en aan een doel zou moeten werken. Hij/zij krijgt geen suggesties voor taken, wel complimenten.

Het is belangrijk om voor het gesprek de tijd te nemen en het tempo aan te passen aan dat van de cliënt. Ook tussentijds contact is van belang: het is niet uitzonderlijk dat cliënten niet tijdens een officieel gesprek, maar tijdens het koken hun doel benoemen (Roeden & Bannink, 2022). Na afloop van het eerste gesprek spreken de cliënt en begeleider af wanneer ze het onderwerp weer gaan bespreken. Ook voor de vervolggesprekken is een protocol beschikbaar. Onderdeel hiervan is de vragenset EARS (luisteren met oplossingsgerichte oren) (Roeden & Bannink, 2019, 2022):

1) *Eliciting* (uitnodigen): Wat is er beter?
2) *Amplifying* (vergroten): Wat is er precies beter?
3) *Reinforcing* (versterken): Hoe lukt dat je?
4) *Start again* (opnieuw beginnen): Wat is er nog meer beter?

Op de eerste vraag 'Wat is beter?' zijn drie antwoorden mogelijk: 'Het gaat beter', 'Het gaat hetzelfde' of 'Het gaat slechter'. Het antwoord van de cliënt op deze eerste vraag bepaalt welke vervolgvragen de begeleider stelt. Nadat de EARS-vragenset is besproken, stelt de begeleider net als in het eerste gesprek schaalvragen en wordt feedback gegeven. Hij/zij eindigt met de vraag of het nodig is om verder te praten. Wanneer het doel (voldoende) is bereikt of wanneer de cliënt het doel niet langer relevant vindt, wordt het gespreksonderwerp afgesloten. De overige begeleidingscontacten blijven doorgaan.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen over Oplossingsgericht werken wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus. Wel is er duidelijk sprake van een methodische werkwijze: het eerste gesprek en de vervolggesprekken vinden plaats aan de hand van een protocol, met daarin onder meer het formuleren van een doel (= plan), taken om het doel te bereiken (= do), evaluatie (= check) en bijstelling of het formuleren van een nieuw doel (= act).

Matige, ernstige of zeer ernstige VB

Er is geen (openbaar) protocol beschikbaar voor het toepassen van Oplossingsgerichte coaching in begeleidingsteams. Roeden & Bannink (2007) geven in hun boek wel advies voor oplossingsgerichte cliëntbesprekingen. Ze adviseren om de presentatie van het probleem kort te houden. Onder begeleiding van een gespreksleider (bijvoorbeeld de leidinggevende, al dan niet ondersteund door een inhoudskundige) beschrijft de inbrenger in enkele woorden de casus, wat het probleem voor de cliënt, begeleiders en andere betrokkenen betekent en wat het doel is. Vervolgens dient de inbrenger een goed beeld te hebben of krijgen van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt om een realistisch plan te kunnen maken om het doel te behalen. Tijdens het gesprek houdt de gespreksleider rekening met de verschillende relatietypes ('klanten', 'klagers' en 'bezoekers') en stemt hier de vragen op af. Met de uitzonderingsvraag kan het team onderzoeken of er in het verleden situaties zijn geweest waarin het probleem zich niet voordeed. Dit stimuleert om eerdere successen terug te halen, wat zelfvertrouwen geeft om de nieuwe casus op te lossen. Door toekomstgerichte vragen kan het team zich een beeld vormen van het werken met de cliënt wanneer het wel goed zou gaan. De vooruitgang kan vervolgens meetbaar worden gemaakt met schaalvragen. Aan het eind van het gesprek worden taken verdeeld. Ook hierbij wordt de oplossingsgerichte werkwijze aangehouden: 'bezoekers' krijgen geen taak, 'klagers' een observatietaak en 'klanten' een observatietaak en/of gedragstaak. Ook Van der Giessen en Verzaal (2018) geven in hun boek suggesties hoe Oplossingsgericht coaching in de praktijk kan worden toegepast.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting:* Er is geen (openbaar) protocol beschikbaar voor het toepassen van Oplossingsgerichte coaching in begeleidingsteams.

5. Doorlopende manier van handelen

Bij zowel Oplossingsgericht werken als Oplossingsgericht coachen kunnen de genoemde stappen steeds opnieuw worden doorlopen. Nieuwe doelen worden steeds met de cliënt of in het team vastgesteld (Roeden & Bannink, 2019, 2022; Van der Giessen & Verzaal, 2018).

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* De naslagwerken zijn tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Oplossingsgericht werken en coachen.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Er zijn vier Nederlandse boeken over de toepassing van Oplossingsgericht werken en coachen in de gehandicaptenzorg (De Rijdt et al., 2023; Roeden, 2012a; Roeden & Bannink, 2007; Van der Giessen & Verzaal, 2018). Voor alle vier geldt dat ze zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over de methodiek geven. De boeken bieden aanknopingspunten voor het inzetten van Oplossingsgericht werken en coachen binnen de eigen zorginstelling.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er worden verschillende scholingen voor Oplossingsgericht werken aangeboden, waarvan sommige met certificering en accreditatiepunten. Hieronder een greep uit het aanbod. De eerste scholing is specifiek gericht op de ondersteuning van mensen met LVB, de anderen zijn meer algemeen: • Vierdaagse cursus Oplossingsgericht werken met LVB-cliënten voor hbo- en universitair geschoolde medewerkers (online of incompany). Beschikbaar: pao.nl/cursus-oplossingsgericht-werken-met-licht-verstandelijk-beperkte-clienten

	• Een-, twee- of driedaagse scholing Oplossingsgericht werken voor o.a. begeleiders, supervisoren, hulpverleners, gedragskundigen, coaches en leidinggevenden (open deelname en incompany). Beschikbaar: www.deuitzondering.nl. • Post-bachelormodule Oplossingsgericht coachen voor medewerkers met hbo-werk-/denkniveau (open deelname, niet incompany). Beschikbaar: www.ncoi.nl/opleiding/post-bachelor-module-oplossingsgericht-coachen.html. • Vierdaagse basistraining gekoppeld aan de eigen praktijk voor begeleiders (open deelname en incompany). Beschikbaar: www.re-sourcetenc.nl/9-promo/12-oplossingsgericht-werken-basis. Hierna kan een verdiepingstraining of training oplossingsgerichte intervisie worden gevolgd. • Online colleges (10) op hbo-niveau voor jeugd- en gezinsprofessionals, die worden afgerond met een online tentamen. Beschikbaar: www.hupper.nl/colleges/oplossingsgericht-werken. • Vanuit J. Roeden, de ontwikkelaar die Oplossingsgericht werken heeft toegespitst op de Nederlandse gehandicaptenzorg, is geen scholing gevonden.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☒ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Afhankelijk van de scholing kunnen deelnemers een certificaat krijgen en is hercertificering nodig.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. De schema's op de volgende pagina's vatten dit samen voor Oplossingsgericht werken (lichte en matige VB) en Oplossingsgericht coachen (matige, ernstige of zeer ernstige VB), waarna de resultaten in de tekst verder worden toegelicht.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Oplossingsgericht werken

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☐ Ja
☑ Nee

Toelichting: Heeft wel raakvlakken met sociaal constructivisme (Cantwell & Holmes, 1994) en cognitieve gedragstherapie (bron: Roeden & Bannink, 2007).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Het is op inductieve wijze ontwikkeld (bron: Roeden & Bannink, 2007).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: De scriptie van Bisschop et al. (2014) beschrijft een mixed-methods onderzoek naar de implementatie van de methodieken Competentiegericht begeleiden en Oplossingsgericht werken bij mensen met LVB. Er werden tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid gevonden. De details zijn beschreven in de toelichting van 7.4.1. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Met mixed-methods onderzochten Bisschop et al. (2014) de implementatie van Competentiegericht begeleiden en Oplossingsgericht werken bij mensen met LVB. Hoewel de respondenten aangaven beter te kunnen aansluiten bij de behoeften van de cliënt, kan vanuit dit onderzoek geen conclusie worden getrokken over de werkzaamheid omdat is gebleken dat de methodieken niet goed waren geïmplementeerd. Roeden (2011) onderzocht wat in de ogen van cliënten met LVB bijdraagt aan een succesvolle relatie met begeleiders. Hieruit bleek dat cliënten een voorkeur hadden voor hulp die overeenkomt met de uitgangspunten van Oplossingsgericht werken. Dit onderzoek geeft echter geen informatie over de werkzaamheid.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Oplossingsgericht coachen

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☐ Ja
☑ Nee

Toelichting: Heeft wel raakvlakken met sociaal constructivisme (Cantwell & Holmes, 1994) en cognitieve gedragstherapie (bron: Roeden & Bannink, 2007).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Het is op inductieve wijze ontwikkeld (Bron: Roeden & Bannink, 2007).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Roeden (2012) heeft onderzocht wat de sterke punten en aanbevelingen zijn met betrekking tot Oplossingsgericht coachen. Uit dit onderzoek komt geen informatie over de werkzaamheid van de methodiek naar voren.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Lohuis et al. (2016) onderzochten hoe begeleiders oplossingsgerichte coachvaardigheden toepasten om cliënten met VB te ondersteunen. Hieruit bleek dat begeleiders de technieken goed konden inzetten, maar dat dit soms ook lastig was. Uit de scripties van Steenhagen (2012) en Spoler (2014) kwam naar voren dat Oplossingsgericht werken en coachen naast elkaar kunnen worden gebruikt en dat de effectiviteit samenhangt met de mate waarin teamleden op een oplossingsgerichte manier met elkaar omgaan. Rhodes (2000) beschrijft op een forum d.m.v. een casus dat Oplossingsgericht coachen een bruikbare methodiek is bij het ondersteunen van mensen met EV(M)B. Neeleman (2008) beschrijft dat cliënten, nadat gezinswerkers een cursus Oplossingsgerichte therapie hadden gevolgd, tevredener waren over de hulpverlening. De onderzoeksmethode is niet beschreven.

7.1. Theoretische onderbouwing

Oplossingsgericht werken is gebaseerd op *solution-focused brief therapy* en is in 1985 ontwikkeld door De Shazer en Berg in het Brief Family Center in de Verenigde Staten (De Shazer, 1985; Roeden & Bannink, 2019). De methodiek is niet vanuit een theorie ontstaan, maar vanuit de therapiepraktijk op basis van het observeren van wat werkzaam was bij honderden cliënten. Hoewel niet ontwikkeld vanuit een bestaande theorie heeft Oplossingsgericht werken raakvlakken met het sociaal constructivisme (Cantwell & Holmes, 1994) en cognitieve gedragstherapie (Roeden & Bannink, 2022).

7.2. Ontwikkeling

Roeden en Bannink hebben de begeleidingsmethodiek in 2007 aangepast voor mensen met VB, zodat begeleiders kunnen aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van eenvoudige taal, symbolen, verhalen, tekeningen of andere beeldende vormen (Roeden & Bannink, 2022; Roeden et al., 2009). De laatste actualisatie vond plaats in 2018 en is beschreven in het meest recente Nederlandse naslagwerk van Van der Giessen & Verzaal (2018).

7.3. Lichte en matige VB

Zoals eerder beschreven kan Oplossingsgericht werken worden toegepast in een kortdurende samenwerkingsrelatie (therapie) en een langdurige samenwerkingsrelatie (begeleidingsmethodiek). Oplossingsgerichte therapie is onderzocht en beschreven in vier wetenschappelijke peerreviewed artikelen. Er is zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan en uit de resultaten blijkt dat de therapie tot afname van gedragsproblemen leidt (Franklin et al., 2001; Roeden et al., 2014; Roeden, Maaskant, Bannink et al., 2011; Stoddart et al., 2001). Omdat alleen Oplossingsgericht werken binnen een langdurige samenwerkingsrelatie aan de criteria van een methodiek voldoet, wordt hieronder alleen voor die variant de wetenschappelijke onderbouwing gegeven.

7.3.1. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

De masterscriptie van Bisschop et al. (2014) beschrijft een mixed-methods onderzoek naar de implementatie van Competentiegericht begeleiden en Oplossingsgericht werken bij mensen met LVB en in hoeverre dit resulteert in een meer eenduidig denk- en handelingskader binnen de begeleidingsteams. Door middel van schaalvragen werd kwantitatief onderzocht in hoeverre de begeleiders vinden dat ze zich de methodieken eigen hebben

gemaakt en in hoeverre ze denken dat ze deze daadwerkelijk toepassen. Vervolgens is er verdiepend kwalitatief onderzoek gedaan. De resultaten hiervan zijn beschreven in 7.3.2.

7.3.2. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Naast het kwantitatieve gedeelte (7.3.1) zijn verdiepende interviews uitgevoerd door Bisschop et al. De meeste respondenten gaven aan dat ze na het volgen van de cursus beter konden aansluiten bij de behoeften van de cliënt, maar dat in de praktijk nog weinig vanuit beide methodieken werd gewerkt (Bisschop et al., 2014).

Roeden et al. (2011) onderzochten in een kwalitatieve studie wat volgens cliënten met LVB bijdroeg aan een succesvolle relatie met hun begeleiders. Ze interviewden door middel van nominale groepstechniek achttien cliënten die bij een Nederlandse zorginstelling woonden. Nominale groepstechniek is een gestructureerde methode om gedachten van groepen mensen met betrekking tot een specifieke vraag te verzamelen en organiseren. Hieruit kwam naar voren dat cliënten een voorkeur hadden voor het ontvangen van hulp die correspondeerde met de uitgangspunten van Oplossingsgericht werken (Roeden, Maaskant & Curfs, 2011). Dit onderzoek geeft verder geen informatie over de werkzaamheid van deze methodiek.

7.4. Matige, ernstige of zeer ernstige VB

Oplossingsgerichte coaching kan zowel in een kortdurende samenwerkingsrelatie (therapie) als in een langdurige samenwerkingsrelatie (begeleidingsmethodiek) worden toegepast. Oplossingsgerichte coaching als therapie is beschreven in vier peerreviewed artikelen. Er is zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan, waarbij positieve effecten werden aangetoond bij mensen met een zwaardere VB (Lloyd & Dallos, 2006, 2008; Roeden, Maaskant, Bannink & Curfs, 2012; Roeden, Maaskant, Bannink, Curfs, et al., 2012). Omdat alleen Oplossingsgericht coachen binnen een langdurige samenwerkingsrelatie aan de criteria van een begeleidingsmethodiek voldoet, wordt hieronder alleen voor die variant de wetenschappelijke onderbouwing gegeven.

7.4.1. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Roeden et al. (2012) hebben Oplossingsgericht coachen geëvalueerd met gebruik van mixed-methods: nominale groepstechniek en een vervolgvragenlijst waarvan de resultaten werden vergeleken met de resultaten uit de nominale groepstechniek. In dit onderzoek werd de vraag ‘Wat zijn de sterke punten van Oplossingsgericht coachen en welke aanbevelingen zijn er voor het verbeteren van Oplossingsgericht coachen?’ aan achttien

begeleiders gesteld. De resultaten werden vervolgens gebruikt voor het opstellen van een vragenlijst die bij 36 andere begeleiders werd afgenomen om te bepalen of de meningen in een bredere populatie werden gedragen. De resultaten van de vragenlijst kwamen grotendeels overeen met de resultaten van de nominale groepstechniek (91% bij de sterke punten; 66% bij de aanbevelingen), maar de prioritering verschilde. Sterke punten die onder andere werden genoemd: formuleren van een teamdoel op een positieve manier, stimuleren van zelfvertrouwen in het team, gebruiken van competenties die al in het team aanwezig zijn, focus op oplossingsgerichtheid en het vermogen om stagnerende zorgsituaties op te lossen. Aanbevelingen die onder andere werden genoemd: organiseren van een vervolgoverleg en alle teamleden betrekken bij Oplossingsgericht coachen (Roeden, Maaskant & Curfs, 2012). Uit dit onderzoek kwam geen informatie over de werkzaamheid van de methodiek naar voren.

7.4.2. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Lohuis et al. (2016) onderzochten de Solution Cube, een aanpak die overeenkomt met Oplossingsgerichte coachen, maar waarbij rekening wordt gehouden met extra factoren die nodig zijn in de continue begeleiding van mensen met VB. In deze studie is onderzocht hoe begeleiders oplossingsgerichte coachvaardigheden toepasten om cliënten te ondersteunen. Veertien begeleiders hielden een online logboek bij, waarin ze de gebruikte technieken noteerden en hierop reflecteerden. De begeleiders ondersteunden volwassenen met LVB, EVB, autisme en kinderen op een dagopvang (onbekend of deze kinderen VB hadden). Daarnaast waren er twee begeleiders die ondersteuning gaven aan een gemengde groep cliënten. Uit de resultaten bleek dat begeleiders de technieken goed konden inzetten. Aan de andere kant lieten de beschreven problemen zien dat dit niet altijd vanzelf ging. Begeleiders ervaarden bijvoorbeeld dat het lastig kon zijn om te bepalen welke oplossingsgerichte coachtechniek het beste op welk moment kon worden ingezet (Lohuis et al., 2016).

In de masterscriptie van Steenhagen (2012) is onderzocht in hoeverre Oplossingsgericht werken kan worden vertaald naar Oplossingsgericht coachen. Er werden gestructureerde interviews met zeven oplossingsgerichte trainers gehouden. Een externe oplossingsgerichte trainer werd na het interview gefilmd tijdens zijn werk, waarna de opnamen werden geanalyseerd. Er werd een grote overlap gevonden tussen Oplossingsgericht werken en Oplossingsgericht coachen wat betreft grondhouding (onder andere gelijkwaardigheid), kernwaarden, gesprekstechnieken en mandaten (de rol die de begeleider

aanneemt in het bijzijn van de cliënt: leider, begeleider of manager). Er werd geconcludeerd dat Oplossingsgericht werken en Oplossingsgericht coachen naast elkaar kunnen worden gebruikt en dat ze elkaar versterken (Steenhagen, 2012).

Spoler (2014) onderzocht in haar masterscriptie wat belangrijk is om effectief oplossingsgericht te kunnen coachen. Er werden drie teams geïncludeerd die effectief oplossingsgericht werkten en drie teams waarbij dit minder goed ging. Uit interviews met de teamleden kwam naar voren dat de effectiviteit van Oplossingsgericht coachen samenhing met de mate waarin teamleden op een oplossingsgerichte manier met elkaar omgingen (Spoler, 2014).

Rhodes (2000) beschrijft op het *Clinical Psychology Forum* (in een niet-wetenschappelijk artikel) door middel van een casus dat Oplossingsgericht coachen een bruikbare methodiek is bij het ondersteunen van mensen met EVB. Uit de beschrijving komt naar voren dat begeleiders met name de focus op sterke kanten van de cliënt waardeerden. Daarnaast werd het als positief ervaren dat begeleiders konden voortborduren op ideeen van een cliënt (Rhodes, 2000).

Oplossingsgerichte intervisie is door Neeleman (2008) onderzocht bij gezinswerkers van een jeugdorganisatie in Brabant. Alle gezinswerkers volgden een cursus Korte Oplossingsgerichte Therapie. Na deze cursus werd een professionaliseringstraject opgezet, dat de gezinswerkers moest helpen om meer en beter oplossingsgericht te werken. Onderdeel van dit traject was oplossingsgerichte intervisie. Uit een voor- en nameting bleek dat de gezinswerkers meer oplossingsgerichte vaardigheden en minder probleemgerichte technieken waren gaan gebruiken. De cliënten waren meer tevreden over de hulpverlening en de werkvreugde en productiviteit onder begeleiders waren toegenomen. Kanttekening bij dit onderzoek is dat de onderzoeksmethode (onder andere kwantitatief of kwalitatief, aantal geïncludeerde gezinswerkers) niet beschreven is. Daarom is het niet meegenomen in het schema van de wetenschappelijke onderbouwing

7.5. Databank

Oplossingsgericht werken was vanaf maart 2017 opgenomen in de *Databank effectieve jeugdinterventies* van het Nederlands Jeugdinstituut, maar de erkenning is verlopen. De opgenomen interventie had alleen betrekking op jongeren tussen 18 en 23 jaar, niet (specifiek) met VB. Het oordeel van destijds over Oplossingsgericht werken: effectief volgens goede aanwijzingen (15 maart 2017). In het bijbehorende rapport wordt beschreven dat Nederlandse onderzoeken zeer schaars zijn. De beperkte onderzoeken laten wel

significante verbeteringen zien in de gestelde doelen. In het buitenland is meer onderzoek gedaan, met positieve resultaten. De ontwikkelaars dienden de interventie niet in voor herbeoordeling (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Oplossingsgericht werken is wel opgenomen in de *Databank effectieve sociale interventies* van Movisie voor een andere doelgroep, nl. mensen die zich niet meer in staat voelen om zelf of met hulp van mensen in hun omgeving hun problemen te hanteren (De Vries et al., 2017). Dit betreft niet expliciet mensen met VB.

Databank	Databank effectieve sociale interventies (Movisie)
Erkenningscommissie	Erkenningscommissie Maatschappelijke ondersteuning, participatie en veiligheid
Oordeel	Effectief volgens goede aanwijzingen (maart 2017)
Toelichting	"De interventie voldoet aan de gestelde criteria voor effectiviteit. Er zijn voldoende studies, conform de criteria, die goede aanwijzingen geven voor de effectiviteit van de interventie. Er zijn verschillende studies uit Nederland en buitenland met vrij sterke tot sterke bewijskracht. Er is – in lijn met de generalistische benadering – een grote mate van variatie in doelgroepen, settingen en uitkomstmaten" (Databank effectieve sociale interventies, z.d.). Oplossingsgericht werken is opgenomen in deze databank voor mensen die zich niet meer in staat voelen om zelf of met hulp van mensen in hun omgeving hun problemen te hanteren. Het is niet gespecificeerd voor (L)VB.
Webpagina	www.movisie.nl/interventie/oplossingsgericht-werken
Beschrijvend rapport	De Vries et al. (2017)

Bronnen over Oplossingsgericht werken en Oplossingsgericht coachen

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen

Lohuis, A. M., Van Vuuren, M., Sools, A. & Bohlmeijer, E. (2016). Ambiguities of 'doing what works': how professionals make sense of applying solution-focused support for people with intellectual disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, *63*(3), 170–183. https://doi.org/10.1080/20473869.2016.1198102.

Roeden, J. M., Bannink, F. P., Maaskant, M. A. & Curfs, L. M. G. (2009). Solution-focused brief therapy with persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6*(4), 253–259. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00226.x.

Roeden, J. M., Maaskant, M. A. & Curfs, L. M. G. (2011). The views of clients with mild intellectual disabilities regarding their working relationships with caregivers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *24*(5), 398–406. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00622.x.

Roeden, J. M., Maaskant, M. A. & Curfs, L. M. G. (2012). The nominal group technique as an evaluation tool for solution-focused coaching. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *25*(6), 588–593. https://doi.org/10.1111/J.1468-3148.2012.00696.x.

Proefschriften

Roeden, J. (2012b). *Solution-focused support of people with intellectual disabilities.* Universiteit Maastricht.

Boeken

De Rijdt, C., Van Dam, C. & Serrien, B. (2023). *Oplossingsgericht werken met mensen met een communicatieve beperking. Ondersteund met Visualisaties*. Uitgeverij Gompel & Svacina.

Roeden, J. (2012a). *De oplossingsgerichte begeleider*. Uitgeverij Pirola.

Roeden, J. & Bannink, F. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Uitgeverij Harcourt Assessment.

Roeden, J. & Bannink, F. (2019). Oplossingsgericht werken. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 360–374). Boom uitgevers.

Van der Giessen, E. & Verzaal, H. (2018). *Samen werkt het beter*. Uitgeverij BreinDok.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Rhodes, J. (2000). Solution focused consultation in a residential setting. *Clinical Psychology Forum*, *141*, 29–33.

Neeleman, M. (2008). Oplossingsgerichte intervisie vergroot professionaliteit. *Jeugd en Co Kennis*, *2*(2), 28–42. https://doi.org/10.1007/bf03087456.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

De Vries, S., Prüst, H., Joosen, W. & Hoeffgen, M. (2017). *Databank effectieve sociale interventies: beschrijving Oplossingsgericht werken in het sociaal werk*. Movisie.

Scripties

Bisschop, L., Bogerd, W., Mulder, M. & Schuringa, M. (2014). *Competentiegericht werken en oplossingsgericht werken bij Sprank*. Gereformeerde Hogeschool.

Spoler, E. (2014). *Work together, learn together. A study into the processes that contribute to dynamic team learning of healthcare teams in a solution-focused context*. Universiteit Twente.

Steenhagen, A. S. (2012). *Problemen oplossen of oplossingen vinden? Oplossingsgericht werken in een organisatorische teamcontext*. Universiteit Twente.

Webpagina's

Databank effectieve sociale interventies. (z.d.). *Oplossingsgericht werken.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.movisie.nl/interventie/oplossingsgericht-werken.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Oplossingsgericht werken.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.nji.nl/interventies/oplossingsgericht-werken.

Vereniging Oplossingsgerichte Professionals Nederland. (z.d.). *Welkom bij de VOPN.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.vopn.nl.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties over kortdurende samenwerkingsrelatie (therapie)

Franklin, C., Biever, J., Moore, K., Clemons, D. & Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. *Research on Social Work Practice*, *11*(4), 411–434. https://doi.org/10.1177/104973150101100401.

Lloyd, H. & Dallos, R. (2006). Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*(3), 367–386. https://doi.org/10.1177/1359104506064982.

Lloyd, H. & Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: Mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy*, *30*(1), 5–28. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00413.x.

Roeden, J. M., Maaskant, M. A., Bannink, F. P. & Curfs, L. M. G. (2011). Solution-focused brief therapy with people with mild intellectual disabilities: A case series. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *8*(4), 247–255. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2011.00317.x.

Roeden, J. M., Maaskant, M. A., Bannink, F. P. & Curfs, L. M. G. (2012). Processes and effects of solution-focused coaching of staff of people with intellectual disabilities; a controlled study. In *Solution-focused support of people with intellectual disabilities* (pp. 181–202). Uitgeverij Pirola.

Roeden, J. M., Maaskant, M. A., Bannink, F. P., Curfs, L. M. G. (2012). Solution-focused coaching of staff of people with severe and moderate intellectual disabilities: A case series. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *9*(3), 185–194. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2012.00352.x.

Roeden, J. M., Maaskant, M. A. & Curfs, L. M. G. (2014). Processes and effects of solution-focused brief therapy in people with intellectual disabilities: A controlled study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *58*(4), 307–320. https://doi.org/10.1111/jir.12038.

Stoddart, K. P., Mcdonnell, J., Mustata, A. & Toronto, R. S. W. (2001). Is brief better? A modified brief solution-focused therapy approach for adults with a developmental delay. *Journal of Systemic Therapies*, *20*(2), 24–40. https://doi.org/10.1521/jsyt.20.2.24.23039.

Overige referenties (niet over begeleidingsmethodiek Oplossingsgericht werken en coachen)

Cantwell, P. & Holmes, S. (1994). Social construction: A paradigm shift for systemic therapy and training. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *15*(1), 17–26. https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1994.tb00978.x.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. W. W. Norton & Company.

4.1.5. Vergelijking begeleidingsmethodieken VB algemeen

Op basis van de openbare bronnen zijn vier begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor het gehele spectrum van lichte, matige, ernstige en zeer ernstige VB (VB algemeen), te weten: Active Support, De Curve, het Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK) en Oplossingsgericht werken. Op de voorgaande pagina's zijn deze vier begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Welke van deze vier komt als beste uit de bus? In onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor VB algemeen

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Active Support	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland/Vlaanderen* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 scriptie • 3 boeken *Buitenland* • 45 wetenschappelijke artikelen • 6 boeken
De Curve	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek
Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek • 1 artikel zonder peer-review

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Oplossingsgericht werken (LVB, MVB)	Nee	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Gecombineerd voor Oplossingsgericht werken en coachen *Nederland/Vlaanderen* • 4 wetenschappelijke artikelen • 1 proefschrift • 5 boeken • 2 artikelen zonder peerreview • 1 samenvattend document • 3 scripties
Oplossingsgericht coachen (MVB, EVB, ZEVB)	Nee	Ja, controleerbaar	Afwezig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	

Uit bovenstaande tabel blijkt dat Active Support qua onderbouwing als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Ook de hoeveelheid openbare bronnen met onderzoeksresultaten is veruit het grootst voor Active Support.

4.2. Lichte verstandelijke beperking (LVB)

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met LVB (figuur 4.2.1). Hiervoor komen drie begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren: Begeleid Ontdekkend Leren volgens het Eigen Initiatief Model (BOL EIM), Competentiegericht begeleiden en Op Eigen Benen. Daarnaast zijn er nog twee begeleidingsmethodieken gevonden die specifiek gericht zijn op gezinnen waarin een of beide ouders LVB hebben: HouVast-w en Systeemgerichte gezinscoaching.



Figuur 4.2.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (4.2.6) een vergelijking gepresenteerd tussen de drie begeleidingsmethodieken voor LVB en de twee begeleidingsmethodieken die specifiek gericht zijn op gezinnen met een of beide ouders met LVB (HouVast-w en Systeemgerichte gezinscoaching). Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken.

Naast deze specifieke begeleidingsmethodieken voor LVB, kunnen ook de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen (hoofdstuk 4.1) ingezet worden voor LVB. In de keuze voor een begeleidingsmethodiek is het aan zorginstellingen om af te wegen of gekozen wordt voor een begeleidingsmethodiek die zich specifiek richt op één doelgroep

(hier: LVB) of voor een bredere methodiek die over het gehele spectrum van mate van VB toe te passen is. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
LVB	3	Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM) Competentiegericht begeleiden Op Eigen Benen	4.2.1, pagina 116 4.2.2, pagina 125 4.2.3, pagina 135
Gezin met LVB	2	HouVast-w Systeemgerichte gezinscoaching	4.2.4, pagina 146 4.2.5, pagina 161

4.2.1. Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM)

Overzicht	
Ontwikkelaar	Johan Timmer, orthopedagoog
Organisatie	Niet bekend
Website	BOL EIM heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	1994: proefschrift (Timmer, 1994)
Jaar van laatste actualisering	2015: naslagwerk (Den Besten & Van Vulpen, 2015)
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* In het proefschrift van Timmer is een onderzoeksgroep beschreven van mensen met beperkingen in het adaptief functioneren en een IQ variërend tussen 48 en 100 (Timmer, 1994), van wie de meesten zwakbegaafdheid of LVB hebben. In boeken wordt zowel genoemd dat de methodiek is ontwikkeld voor mensen met LVB (Timmer & De Vries, 2014) als voor mensen met een lichte óf matige VB (Timmer et al., 2003). In beide boeken wordt verwezen naar het proefschrift van Timmer (Timmer, 1994).
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* De methodiek is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met LVB met een baan in de sociale werkvoorziening (Timmer & De Vries, 2014; Timmer, 1994). De methodiek wordt inmiddels ook toegepast in andere contexten, zoals bij wonen (Timmer & De Vries, 2014; Timmer et al., 2003). Daarnaast wordt een casus beschreven van een moeder met LVB met het doel 'op jezelf wonen' (Timmer & De Vries, 2014). Na de verhuizing gaat de begeleiding van wonen over naar ambulant. Hierbij blijft de manier van ondersteunen hetzelfde, maar de frequentie is lager.

Algemene beschrijving

Met het Eigen Initiatief Model (EIM) ondersteunen begeleiders cliënten bij het aanleren van nieuwe vaardigheden. Eerst maken cliënten zich drie denkstappen eigen en vervolgens passen ze deze toe bij een taak. Met deze methodiek leren ze zelf na te denken over wat ze kunnen in verschillende situaties. Hierdoor vergroten ze hun zelfred-

zaamheid thuis, op school, op het werk en in hun vrije tijd en sociale relaties. Zo krijgen ze meer controle over hun eigen leven. Begeleiders 'zorgen' dus niet meer 'voor', maar 'zorgen dat'. De drie denkstappen van EIM:

1) Oriënteren: nadenken voordat je begint; eerst een plan maken.
2) Uitvoeren: nadenken terwijl je bezig bent en in de gaten houden of je bereikt wat je wilt bereiken.
3) Evalueren: controleren of je hebt bereikt wat je wilde bereiken en terugkijken op en leren van de manier waarop je het hebt aangepakt.

Begeleid Ontdekkend Leren (BOL) is een praktische uitwerking van EIM. Er is voor een andere naam gekozen omdat EIM in de praktijk een verwarrende term blijkt te zijn omdat kan worden gedacht dat *alle* initiatieven van cliënten moeten worden toegejuicht. Ook zijn er in de praktijk inmiddels veel varianten op EIM die slechts zijdelings te maken hebben met de oorspronkelijke uitgangspunten. Daarom is besloten EIM te vervangen door Begeleid Ontdekkend Leren (BOL). In de praktijk wordt nu gesproken van Begeleid Ontdekkend Leren volgens het Eigen Initiatief Model (BOL EIM).

BOL EIM voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Cliënten zijn in staat regie te voeren over hun eigen leven en te groeien naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid. In de visie van BOL EIM staan burgerschap (met gelijke rechten en plichten), leren (voor zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid) en ondersteuning in de eigen leefomgeving centraal. Cliënten nemen initiatieven binnen een door de begeleider aangegeven kader in een leertraject.

2. Uitgangspunten

Voor mensen met LVB of MVB is generaliseren lastig. Ze zijn wel in staat om praktische vaardigheden aan te leren, maar kunnen deze vaak niet toepassen in nieuwe situaties. Nieuwe situaties kunnen ze vaak moeilijk overzien en ze hebben moeite om te bedenken hoe ze erop kunnen anticiperen en er adequaat mee om kunnen gaan (Timmer et al., 2003). Een van de uitgangspunten van BOL EIM is dat het generalisatieprobleem van veel mensen met VB samenhangt met:

- een beperkte beheersing van algemene vaardigheden
- ‘aangeleerde afhankelijkheid’
- het ‘hulpverlenerssyndroom’ (Van Gennep, 1994) van veel begeleiders

Algemene vaardigheden zijn denkvaardigheden waarmee iemand zijn handelen bepaalt en reguleert (Timmer et al., 2003). Met ‘aangeleerde afhankelijkheid’ wordt bedoeld dat mensen met VB om goed te kunnen functioneren vaak op anderen vertrouwen en niet of minder op hun eigen kennis en vaardigheden. Het ‘hulpverlenerssyndroom’ (Van Gennep, 1994) verwijst naar de grondhouding van veel begeleiders: cliënten willen helpen door ze te behoeden voor fouten, falen en risico’s.

Probeerruimte

BOL EIM tracht de vicieuze cirkel te doorbreken die in stand wordt gehouden door de beperkte algemene vaardigheden, aangeleerde afhankelijkheid en het hulpverlenerssyndroom. BOL EIM biedt handvatten waarmee begeleiders cliënten volgens het principe van ‘probeerruimte’ op methodische wijze kunnen ondersteunen. Begeleiders geven ruimte en stellen grenzen, zodat cliënten de kans krijgen kennis en vaardigheden te verwerven die hen helpen na te denken over hoe ze kunnen omgaan met nieuwe situaties, zodat ze er beter op kunnen anticiperen.

Meer leerervaringen

BOL EIM gaat ervan uit dat cliënten door training beter inzicht krijgen in hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de problemen van mensen met VB voor een groot deel voortkomen uit een gebrek aan leerervaringen.

Leren generaliseren

Een ander uitgangspunt is dat cliënten bij trainingen leren generaliseren: leren nadenken over hoe ze nieuwe kennis en praktische vaardigheden kunnen toepassen in verschillende situaties in het dagelijks leven.

Minder zorgen voor, meer zorgen dat

Een ander uitgangspunt heeft betrekking op de opvattingen (praktijktheorieën) van begeleiders. Zij gaan er (vaak onbewust) vanuit dat mensen met VB zelf niet (goed) kunnen nadenken. Hierdoor maken ze situaties al bij voorbaat overzichtelijk, lossen ze

problemen zelf op en vertellen ze cliënten zo concreet mogelijk wat ze moeten doen, waardoor ze hen onbedoeld afhankelijk maken. Met BOL EIM leren begeleiders meer te ‘zorgen dat’ en minder te ‘zorgen voor’.

3. Doel

Het doel van BOL EIM is het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten, waardoor ze meer controle krijgen over hun eigen leven.

4. Systematische werkwijze

BOL EIM werkt met een plan waarin het toekomstperspectief van de cliënt, de hoofddoelen voor de lange termijn, de werkdoelen voor de korte termijn en een werkplan worden beschreven. In het werkplan wordt aangegeven op welke manier en met welke stappen de werkdoelen worden gerealiseerd. BOL EIM onderscheidt drie denkstappen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een hulpmiddel, het ‘verkeerslicht’ (Timmer et al., 2003):

1) Rood. Oriënteren: nadenken voordat je begint; eerst een plan maken.
2) Oranje. Uitvoeren: nadenken terwijl je bezig bent en in de gaten houden of je bereikt wat je wilt bereiken.
3) Groen. Evalueren: controleren of je hebt bereikt wat je wilde bereiken en terugkijken op en leren van de manier waarop je het hebt aangepakt.

Naast de denkstappen werkt BOL EIM met instructie en coaching. Instructie houdt in dat cliënten de opdracht krijgen om eerst zelf na te denken, waarbij ze zo nodig door de begeleider worden gecoacht. Instructie en coaching volgen een zogenaamde trechterbenadering: breed beginnen en indien nodig kaderen, informeren en meedenken. Bij BOL EIM wordt gewerkt met kleine, overzichtelijke, concrete doelen. Het is belangrijk dat deze aansluiten bij de persoonlijke wensen, grotere doelen en toekomstplannen van cliënten. Met BOL EIM leren cliënten de drie denkstappen in zes stappen aan:

1) Bewust kiezen voor Begeleid Ontdekkend Leren
2) Een leerplan maken
3) De leersituatie voorbereiden
4) Aan de slag in de leersituatie
5) Terugkijken op de leersituatie: het leergesprek
6) Terugkijken op het leerplan

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus. Bij BOL EIM worden wel doelen opgesteld in het leerplan (= plan, stap 2), waarna cliënten met deze doelen aan de slag gaan (= do, stap 4) en er evaluatie plaats vindt (= check, stap 5 en 6).

5. Doorlopende manier van handelen

Werken met BOL EIM is een doorlopend proces. Steeds opnieuw starten begeleiders door de cliënt te vragen eerst zelf na te denken over een praktisch probleem of praktische taak. Bij elke vaardigheid sluit de begeleider af door de cliënt te vragen wat hij/zij heeft geleerd, waar hij/zij de volgende keer op gaat letten en wat hij/zij wellicht anders gaat aanpakken.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zowel gratis als betaald materiaal (zie onder). Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van BOL EIM.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Een boek over BOL EIM (Timmer et al., 2003) is gratis te downloaden van het Kennisplein Gehandicaptensector (2004). Daarnaast is er een betaald boek over deze begeleidingsmethodiek (Den Besten & Van Vulpen, 2015). Beelmateriaal en bijlagen behorend bij dit boek zijn gratis te downloaden van www.boom.nl/100-1371_Begeleid-ontdekkend-leren#extra. Beide naslagwerken bevatten zowel een theoretische als een praktische beschrijving van BOL EIM.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* De ontwikkelaar geeft wel de volgende randvoorwaarden aan voor implementatie (Timmer et al., 2003): • De zorginstelling heeft/krijgt een visie die vergelijkbaar is met die van BOL EIM. • Het besluit tot invoering van BOL EIM wordt genomen in samenspraak met alle betrokkenen, onder wie cliënten en wettelijke vertegenwoordigers. • BOL EIM wordt in de zorginstelling geïntroduceerd als vertaling of uitwerking van de visie van die organisatie.

	• Een projectgroep stelt een implementatieplan op met onder andere doelen voor verschillende niveaus binnen de zorginstelling, activiteiten die moeten worden ondernomen, evaluatiemomenten en een begroting. • De zorginstelling voorziet in follow-up gericht op behoud van de kwaliteit van de uitvoering van BOL EIM op lange termijn.
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zijn twee soorten trainingen voor BOL EIM beschikbaar: • BOL EIM voor begeleiders. Beschikbaar: www.zoztrainingen.nl/trainingen/bol-eim-voor-begeleiders. • BOL EIM train de trainer. Beschikbaar: www.zoztrainingen.nl/trainingen/bol-eim-train-de-trainer.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor BOL EIM. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Er is één wetenschappelijke publicatie over BOL EIM: een proefschrift waarin de onderliggende theorie en de ontwikkeling van de basistraining worden beschreven (Timmer, 1994). Als theoretische onderbouwing wordt hierin gesteld dat er een relatie is tussen het gebrek aan flexibiliteit bij mensen met VB en de afwezigheid of inefficiënt gebruik van metacognitie (‘leren leren’).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM)

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Relatie tussen gebrek aan flexibiliteit bij mensen met VB en afwezigheid of inefficiënt gebruik van metacognitie ('leren leren').

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling van EIM is beschreven in een proefschrift (Timmer, 1994).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig

☑ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☑ Matig
☐ Sterk

Toelichting: Vijftien gevalsstudies met drie herhaalde metingen: voor, tijdens en na training (Timmer, 1994). In de meeste gevallen leidde het trainingsprogramma tot blijvende verbeteringen. Veranderingen in het gebruik van algemene vaardigheden waren niet uniform. Het trainingsprogramma resulteerde in bijna alle gevalsstudies tot een verbetering in de taakuitkomsten, zowel wat betreft de kwaliteit van het product als de indeling van de werktafel.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig

☐ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☐ Sterk

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van BOL EIM.

7.2. Ontwikkeling

Verder zijn de herkomst van en informatie over BOL EIM beschreven in twee boeken (Den Besten & Van Vulpen, 2015; Timmer et al., 2003)

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

In het eerdergenoemde proefschrift wordt ook een kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van de EIM-training beschreven (Timmer, 1994). Deze is onderzocht met behulp van vijftien longitudinale gevalsstudies, verdeeld over vier locaties. Van de vijftien cliënten die onderzocht werden, hadden de meesten een zwakbegaafdheid of LVB: één had een IQ van 100, drie een IQ van 70-90 (zwakbegaafdheid), acht een IQ van 50-70 (LVB), één een IQ van 48 en van twee was het IQ niet gemeten. Vaardigheden van de vijftien cliënten zijn onderzocht, waarbij de scores voor, tijdens en na de training zijn vergeleken. In de meeste gevallen leidde het trainingsprogramma tot blijvende verbeteringen. Veranderingen in het gebruik van algemene vaardigheden waren niet uniform. Het trainingsprogramma resulteerde in bijna alle gevalsstudies tot een verbetering in de taakuitkomsten.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van BOL EIM gevonden.

7.5. Databank

BOL EIM blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over BOL EIM

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Timmer, J. T. (1994). *Development of a training program for sheltered workshops in The Netherlands*. Rijksuniversiteit Groningen.

Boeken

Den Besten, C. & Van Vulpen, A. (2015). *Begeleid Ontdekkend Leren. Het Eigen Initiatief Model in zes stappen* (5e druk). Uitgeverij Boom Nelissen.

Timmer, J. T., Dekker, K. A. & Voortman, H. (2003). *Eigen Initiatief Model – theorie en toepassing*. Landelijk kennisnetwerk gehandicaptenzorg (LKNG). Beschikbaar: www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/leer-denk-vaardigheden-met-het-eigen-initiatief-model-eim.

Timmer, J. & De Vries, A. (2019). Begeleid Ontdekkend Leren volgens het Eigen Initiatief Model. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 127–143). Boom uitgevers.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Kennisplein Gehandicaptensector. (1 april 2004). *Leer (denk)vaardigheden met het Eigen Initiatief Model (EIM)*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/leer-denk-vaardigheden-met-het-eigen-initiatief-model-eim.

Den Besten, C. & Van Vulpen, A. (z.d.). *Begeleid Ontdekkend Leren. Het Eigen Initiatief Model in zes stappen – extra*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.boom.nl/100-1371_Begeleid-ontdekkend-leren#extra.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over BOL EIM)

Gennep van, A. T. G. (1994). *De zorg om bestaan. Over verstandelijke handicap, kwaliteit en ondersteuning*. Boom uitgevers.

4.2.2. Competentiegericht begeleiden

Overzicht	
Ontwikkelaars	Wim Slot, emeritus hoogleraar jeugdbescherming Han Spanjaard, gezondheidszorgpsycholoog en onderzoeker
Organisatie	Spanjaard Development & Training
Website	www.hanspanjaard.nl
Jaar van ontwikkeling	1980
Jaar van laatste actualisering	2016: naslagwerk (Slot & Spanjaard, 2016)
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* De ontwikkelaars geven aan dat Competentiegericht begeleiden veelal wordt toegepast in de residentiële jeugdzorg bij jongeren met een verstandelijke, zintuigelijke en/of lichamelijk beperking (Slot & Spanjaard, 2016). Er is alleen onderzoek gedaan naar de inzet van de methodiek bij mensen met LVB.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars

Algemene beschrijving

Competentiegericht begeleiden is gebaseerd op het Sociaal competentiemodel, dat rond 1980 werd ontwikkeld. Met deze begeleidingsmethodiek kunnen begeleiders cliënten met LVB ondersteunen bij het vergroten van hun competenties. De begeleiding is gericht op het verminderen van probleemgedrag en het vergroten van de vaardigheden van cliënten, zodat ze in de toekomst zo adequaat mogelijk in de maatschappij kunnen functioneren.

Competentiegericht begeleiden gaat uit van een ontwikkelingsperspectief en de ondersteuning sluit aan bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Om de cliënt nieuwe vaardigheden aan te leren, biedt de begeleider de cliënt taken aan die passen bij zijn/haar mogelijkheden, maar die ook voldoende uitdaging geven zodat hij/zij zich verder kan

ontwikkelen. Binnen Competentiegericht begeleiden spelen de volgende elementen een grote rol (Slot & Spanjaard, 2016):

- Fysieke omgeving: Het is belangrijk dat de fysieke omgeving rijk is aan prikkels, zodat cliënten worden gestimuleerd nieuwe vaardigheden aan te leren. Een rijk gevuld en afwisselend dagritme is hierbij van belang. Daarnaast wordt fasering vaak als hulpmiddel ingezet, waarbij cliënten per fase meer vrijheden en verantwoordelijkheden krijgen.
- Methodisch handelen: Met methodisch handelen wordt de manier bedoeld waarop begeleiders cliënten ondersteunen. Hierbij ligt de nadruk op adequaat gedrag, niet op inadequaat gedrag. Begeleiders vertellen cliënten bijvoorbeeld vaker wat ze goed doen dan wat ze niet goed doen en ze proberen inadequaat gedrag te stoppen door hen alternatief adequaat gedrag aan te leren.
- Feedbacksystemen: De feedbacksystemen binnen deze methodiek zijn bedoeld om cliënten inzicht te geven in de aard en doelmatigheid van hun gedrag. Hierbij wordt een fasering gebruikt: bij een bepaald aantal behaalde punten gaan cliënten door naar de volgende fase.
- Doelen opstellen: Er wordt informatie verzameld over de cliënt en zijn/haar sociale netwerk. Hierna worden doelen opgesteld, waarbij ook het sociale netwerk wordt betrokken. Deze doelen worden afgestemd op de sterke punten van de cliënt, zijn/haar functioneren met betrekking tot zijn/haar ontwikkelingstaken en de factoren die in zijn/haar probleemgedrag een rol spelen.
- Reflectie en zelfsturing: Om aan de maatschappij te kunnen deelnemen, zijn reflectie en zelfsturing belangrijk. Naarmate cliënten meer vrijheden en verantwoordelijkheden krijgen, besteden begeleiders meer aandacht aan reflectie, zelfsturing en het stimuleren van autonoom gedrag.
- Aanvullende interventies: Zo nodig kunnen aanvullend individuele of groepsgerichte behandelingen worden ingezet, zoals een socialevaardigheidstraining, gespreksgroep, therapie of psychiatrische zorg.

Competentiegericht begeleiden voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Competentiegericht begeleiden gaat uit van een ontwikkelingsperspectief waarin de problemen en stoornissen van de cliënt een plaats hebben. Dit houdt in dat niet alleen wordt gekeken naar wat niet goed gaat, maar ook naar de mate waarin de cliënt binnen de verschillende ontwikkelingsdomeinen functioneert en of dit wel of niet conform zijn/haar leeftijd is (Slot & Spanjaard, 2016; Spanjaard & Slot, 2015).

2. Uitgangspunten

Bij Competentiegericht begeleiden gelden de volgende uitgangspunten (Haspels, 2014):

Doelen en sterkte-zwakteanalyses

- De cliënt, ouders en begeleider zijn het eens over de te bereiken doelen.
- De doelen zijn gebaseerd op sterkte-zwakteanalyses waarin zowel de cliënt als zijn/haar ouders en begeleider (voor zover mogelijk) inbreng hebben gehad.
- De sterkte-zwakteanalyses zijn gebaseerd op het functioneren van de cliënt binnen drie milieus:
  1) wonen
  2) school, dagbesteding, werk
  3) sociale contacten, leeftijdsgenoten, vrijetijdsbesteding, buurt, maatschappij

  De doelen die hieruit voortkomen zijn op elkaar afgestemd.

Effectieve technieken, fasering en empowerment

- De begeleider gebruikt methoden en technieken die op dat moment bewezen het meest effectief zijn of op basis van praktijkervaringen als meest effectief worden beschouwd.
- De begeleiding heeft een duidelijke fasering en er wordt tussentijds geëvalueerd.
- De begeleider is gericht op het versterken van de sterke punten van de cliënt en werkt samen met hem/haar aan het vergroten van zijn/haar geloof in eigen kunnen.
- Betrokken ouders en verwanten zijn voor de cliënt krachtige hulpbronnen die kunnen bijdragen aan het vinden van mogelijkheden en (tussen)oplossingen.

Werkwijze begeleider

- In de begeleiding heeft zowel het cliënt- als het ouder-/verwantperspectief een belangrijke plaats. De begeleider werkt vanuit meervoudige partijdigheid.
- De werkwijze van de begeleider is transparant, evalueerbaar en overdraagbaar.

3. Doel

Het doel van Competentiegericht begeleiden is de cliënt in zijn/haar huidige context sterker te maken en samen met hem/haar te werken aan zijn toekomstperspectief. De cliënt wordt ondersteund en uitgedaagd om een toekomstperspectief te formuleren, dit concreet te maken en samen met de begeleider een traject op te stellen om hiernaartoe te werken. Het toekomstperspectief kan variëren van 'verhogen van de kwaliteit van leven' op meerdere ontwikkelingsgebieden tot 'zelfstandig wonen', eventueel met (laag-intensieve) ambulante begeleiding (Haspels, 2014).

4. Systematische werkwijze

Individueel en gezamenlijk dagprogramma

In de gehandicaptenzorg wordt vanuit Competentiegericht begeleiden gewerkt met twee soorten dagprogramma's: het individuele dagprogramma van de cliënt en het dagprogramma van de afdeling (de gezamenlijke activiteiten). Het individuele dagprogramma is afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en is zo stimulerend en activerend mogelijk, waarbij er gedurende de dag een goede balans is tussen inspanning en ontspanning. Bij het afdelingsprogramma zijn per uur of halfuur de activiteiten, de bijbehorende vaardigheden en het doel beschreven.

Gespreks-, sturende en coachende technieken

Binnen Competentiegericht begeleiden zijn motiverende gesprekstechnieken erg belangrijk. Begeleiders zetten deze in om cliënten te stimuleren om waar mogelijk en wenselijk de regie over hun leven (weer) op te pakken. Motiverende gesprekstechnieken zijn ook van belang om cliënten te stimuleren om zelf na te denken en eigen oplossingen te verzinnen. Om het gedrag van cliënten te sturen, kunnen begeleiders sturende technieken inzetten. Deze zijn er zowel voor toepassing voorafgaand aan als volgend op het gedrag van de cliënt. Lage emotionele expressie, contact maken, gedrag concreet beschrijven en vragen naar het waarom is altijd onderdeel van deze technieken. Bij cliënten met een hoger niveau kunnen begeleiders coachende technieken gebruiken. Deze zijn gericht op het vergroten van het probleemoplossend vermogen van cliënten.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* Bij Competentiegericht begeleiden wordt een PDCA-cyclus aangehouden (Haspels, 2014): • Plan: Om doelgericht te kunnen werken, maakt de begeleider samen met de cliënt en zijn/haar verwanten sterkte-zwakteanalyses. Ook stellen ze samen de doelen vast en bepalen ze welke acties worden ondernomen om de doelen te bereiken. • Do: De begeleidingsmethodiek is gericht op competentie- en ontwikkelingsgericht begeleiden. Bij het uitvoeren van de voorgenomen acties wordt steeds gekeken naar wat de cliënt zelf kan, welke steun van verwanten wenselijk of noodzakelijk is en waarbij de begeleider zou moeten ondersteunen. • Check, Act: Het evalueren en zo nodig aanpassen van de doelen of het traject is in de planning van de begeleiding opgenomen. De evaluaties vinden altijd plaats met de cliënt en zijn/haar verwanten.

5. Doorlopende manier van handelen

Competentiegericht begeleiden is een doorlopend proces zolang de cliënt in de residentiële instelling verblijft. Vanaf het begin van het verblijf wordt met de cliënt en verwanten besproken waar hij/zij na afsluiting van de residentiële hulp gaat wonen. Met Competentiegericht begeleiden wordt gedurende een langere periode toegewerkt naar de vervolgsituatie (Slot & Spanjaard, 2016). Als in de vervolgsituatie blijkt dat de cliënt de grotere zelfstandigheid of nieuwe woonsituatie nog niet aankan, is het mogelijk tijdelijk naar de leefgroep terug te gaan. Hier kan de cliënt extra vaardigheden aanleren voor de situatie buiten de leefgroep. De VertrekTraining is een methodische uitwerking voor deze tussenvorm (Slot & Spanjaard, 2016; Spanjaard, 2009).

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Competentiegericht begeleiden.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Slot & Spanjaard, 2016) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Competentiegericht begeleiden.

Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Bij verschillende aanbieders zijn trainingen over Competentiegericht begeleiden beschikbaar: • King Nascholing: www.kingnascholing.nl/cursussen/competentievergroting. • Spanjaard Development & Training: www.hanspanjaard.nl/training-en-advies/competentievergroting. • Smitt Training & Advies: www.smitt.org/familie. • PI Research: www.piresearch.nl/competentie-gericht-werken.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Competentiegericht begeleiden. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Competentiegericht begeleiden is gebaseerd op het Sociaal competentiemodel dat ontstond in de jaren 80 van de vorige eeuw (Slot & Spanjaard, 2016).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Competentiegericht begeleiden

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op het Sociaal competentiemodel (Slot & Spanjaard, 2016).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: In het boek van Slot & Spanjaard (2016) worden de theorieën waarop de methodiek is gebaseerd en de vertaling naar de methodiek beschreven (zeer beperkt aantal referenties). Geen openbare bronnen aanwezig over de ontwikkeling van instrumenten en hoe deze kunnen worden aangepast aan de mate van VB.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Bisschop et al. (2014) beschrijft een onderzoek naar de implementatie van Competentiegericht begeleiden en Oplossingsgericht werken bij mensen met LVB. Alhoewel de respondenten aangeven beter te kunnen aansluiten bij de behoeften van de cliënt, kan vanuit dit onderzoek geen conclusie worden getrokken over de werkzaamheid omdat is gebleken dat de methodieken niet goed waren geïmplementeerd.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Bisschop et al. (2014) en Huisman (2011) onderzochten de implementatie van Competentiegericht begeleiden bij mensen met LVB. Alhoewel respondenten in Bisschop et al. (2014) aangeven beter te kunnen aansluiten bij de behoefte van de cliënt, kan geen conclusie worden getrokken over de werkzaamheid omdat is gebleken dat de methodieken niet goed waren geïmplementeerd. Huisman (2011) onderzocht enkel de implementatie en mat niet het effect. Van Ophem (z.d.) onderzocht de combinatie van Competentiegericht begeleiden en Gentle Teaching bij mensen met LVB, waardoor geen conclusie kan worden getrokken over de werkzaamheid van Competentiegericht begeleiden.

7.2. Ontwikkeling

Na de jaren 80 is de begeleidingsmethodiek verder ontwikkeld en geëvalueerd. Naast dat het gebaseerd is op het Sociaal competentiemodel, beschrijven Slot en Spanjaard (2016) in hun boek dat de begeleidingsmethodiek gebruik maakt van verschillende theorieën, namelijk de klassieke leertheorie (Pavlov, 1927), operante leertheorie (Skinner, 1953), sociale leertheorie (Bandura, 1979) en de cognitieve leertheorie (Beck, 1999). Er zijn geen openbare bronnen gevonden die de ontwikkeling van de instrumenten in kaart brengen. Daarnaast zijn er ook geen bronnen gevonden die illustreren hoe Competentiegericht begeleiden aangepast kan worden aan de mate van VB.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

De masterscriptie van Bisschop et al. (2014) beschrijft een onderzoek naar de implementatie van Competentiegericht begeleiden en Oplossingsgericht werken bij mensen met LVB en in hoeverre dit resulteert in een meer eenduidig denk- en handelingskader binnen de begeleidingsteams. Door middel van schaalvragen is kwantitatief onderzocht in hoeverre de begeleiders vinden dat ze zich de methodieken eigen hebben gemaakt en in hoeverre ze denken dat ze deze daadwerkelijk toepassen. Vervolgens is er verdiepend kwalitatief onderzoek gedaan. De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in 7.4.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In de masterscriptie van Bisschop et al. (2014) is verdere verdieping op de vragen in het kwantitatieve onderzoek (7.3) aangebracht middels interviews. De meeste respondenten gaven aan dat ze na het volgen van de cursus beter konden aansluiten bij de behoeften van cliënten, maar dat in de praktijk nog maar weinig vanuit beide methodieken werd gewerkt. Vanuit dit onderzoek kan geen conclusie worden getrokken over de werkzaamheid omdat is gebleken dat de methodieken niet goed waren geïmplementeerd.

De masterscriptie van Huisman (2011) beschrijft een kwalitatief onderzoek naar de implementatie van Competentiegericht begeleiden bij een behandellocatie van zorginstelling Vitree voor jongeren van 14 tot en met 18 jaar met LVB en probleemgedrag die 24-uurs zorg ontvingen. In samenwerking met PI Research schreef Vitree een projectplan voor implementatie binnen de gehele organisatie. Tijdens een driedaagse training werd met het team van de behandellocatie besproken hoe de begeleidingsmethodiek toepasbaar kon worden gemaakt voor de doelgroep, waarna de gedragskundige en teammanager een borgingsplan opstelden. Vervolgens ging het team zelf aan de slag met het

implementeren van de methodiek op de locatie. Door middel van interviews werd de implementatie onderzocht. Hieruit kwam naar voren dat het team nog niet geheel competentiegericht begeleidde. Het stellen van goede meetbare doelen ging goed, de timing van de startbespreking en het rapporteren van vaardigheidsniveaus minder goed. Daarnaast diende nog aandacht te worden besteed aan het gebruik van competentiegerichte begeleidingstechnieken, zoals benoemen wat de cliënt goed doet in plaats van niet goed of gewenst gedrag oefenen of voordoen.

Het rapport van Van Ophem (z.d.) beschrijft een kwalitatief onderzoek naar de combinatie van de methodieken Competentiegericht begeleiden en Gentle Teaching bij mensen met LVB. De auteur geeft als reden voor deze combinatie dat het Competentiemodel alleen te weinig basis geeft voor het bieden van goede zorg. De geïnterviewden gaven aan dat ze Gentle Teaching als basis zien van waaruit je met Competentiegericht begeleiden verder aan competenties kunt werken.

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt ook het (voorlopige) oordeel van een of meerdere erkenningscommissies vermeld. Competentiegericht begeleiden is opgenomen in de *Databank effectieve sociale interventies* van Movisie voor een andere doelgroep, nl. volwassenen die moeite hebben met het vinden of behouden van passende huisvesting (Eenshuistra & Haspels, 2022) en is niet gespecificeerd voor LVB.

Databank	Databank Effectieve sociale interventies (Movisie)
Erkenningscommissie	Erkenningscommissie Maatschappelijke ondersteuning, participatie en veiligheid
Oordeel	Goed onderbouwd (december 2022)
Toelichting	“Positief noemt de commissie dat de interventie werkt vanuit een positieve oplossingsgerichte benadering, steunend op empowerment. De uitvoerbaarheid is gedegen, het is een concrete methode met veel ondersteuning in de uitvoering. Ook is er een helder methodeboek beschikbaar met veel voorbeelden en instrumenten/hulpmiddelen” (Databank effectieve sociale interventies, z.d.). Competentiegericht begeleiden is opgenomen in deze databank voor de doelgroep volwassenen die moeite hebben met het vinden of behouden van passende huisvesting (maatschappelijke opvang) en is niet gespecificeerd voor LVB.
Webpagina	www.movisie.nl/interventie/competentiegericht-begeleiden-maatschappelijke-opvang
Beschrijvend rapport	Eenshuistra & Haspels (2022)

Bronnen over Competentiegericht begeleiden

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Haspels, M. (2019). Competentiegerichte benadering. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 191–206). Boom uitgevers.

Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2016). *Competentievergroting – Jeugdhulp in tehuizen en dagcentra* (4e druk). Uitgeverij ThiemeMeulenhoff.

Spanjaard, H. (2009). *Handleiding bij De VertrekTraining – Intensief ambulante hulp gericht op competentievergroting en netwerkversterking* (3e druk). Uitgeverij SWP.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview:

Spanjaard, H. & Slot, W. (2015). Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook. Een update van het competentiemodel. *Kind en Adolescent Praktijk, 3*, 14–21.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Eenshuistra, R. & Haspels, M. (2022). *Databank effectieve sociale interventies: beschrijving Competentiegericht begeleiden in de maatschappelijke opvang*. Movisie.

Van Ophem, R. (z.d.). *Gentle Teaching en competentiegericht werken binnen de LVB-doelgroep*.

Scripties

Bisschop, L., Bogerd, W., Mulder, M. & Schuringa, M. (2014). *Competentiegericht werken en oplossingsgericht werken bij Sprank*. Gereformeerde hogeschool.

Huisman, L. (2011). *De implementatie van competentiegericht werken*. Hogeschool Windesheim.

Webpagina's

Databank effectieve sociale interventies. (z.d.). *Competentiegericht begeleiden in de maatschappelijke opvang*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.movisie.nl/interventie/competentiegericht-begeleiden-maatschappelijke-opvang.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Competentiegericht begeleiden)

Bandura, A. (1979). *Social learning theory*. Prentice Hall.

Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. Routledge and Kegan Paul.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.

4.2.3. Op Eigen Benen

Overzicht	
Ontwikkelaar	Gitty Scholten, oprichter en adviseur van Invrability
Organisatie	Invrability
Website	www.invrability.nl/visie-methodiek
Jaar van ontwikkeling	2003: eerste druk naslagwerk (Scholten & Schuurman, 2003)
Jaar van laatste actualisering	2008: meest recente druk naslagwerk (Scholten & Schuurman, 2008)
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Op Eigen Benen is ontwikkeld voor mensen met LVB. De ontwikkelaar geeft daarnaast aan dat de methodiek bruikbaar is voor alle kwetsbare mensen met wie communicatie mogelijk is en die bepaalde vaardigheden willen aanleren om zich vanuit een afhankelijke situatie voor te bereiden op een meer zelfstandig leven. Voor gebruik van de methodiek worden geen contra-indicaties gegeven.
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Er is een kwantitatief longitudinaal onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van Op Eigen Benen bij kinderen en jongeren met VB (mate niet gespecificeerd) (Schuurman & Hoekman, 2015). Deze cliënten woonden in een gezinshuis, woongroep of werden ambulant begeleid.

Algemene beschrijving

De naam van de methodiek, Op Eigen Benen, verwijst naar de wens om vanuit een afhankelijke situatie thuis of in een instelling op eigen benen te gaan staan. Met deze methodiek kunnen begeleiders cliënten ondersteunen bij het ontwikkelen van competenties, eigenwaarde en het opbouwen of vergroten van een sociaal netwerk met wederkerige relaties. Hierdoor kunnen ze krachtiger in het leven staan, meer zelfredzaam zijn, zich meer verbonden voelen en meer sturing geven aan hun eigen bestaan.

Met Op Eigen Benen volgt iedere cliënt samen met de begeleider zijn/haar eigen traject, in zijn/haar eigen tempo en op zijn/haar eigen manier. Er wordt aangesloten bij

de kwaliteiten en mogelijkheden van de cliënt en er wordt een op de persoon afgestemde manier van leren ingezet.

Binnen de methodiek kunnen de zogeheten INVRA-instrumenten worden gebruikt: INVRA-Wonen, INVRA-Arbeid en INVRA-Ouderschap. INVRA staat voor INventarisatie Van RedzaamheidsAspecten. Met deze instrumenten kunnen competenties worden gemeten die nodig zijn om (meer) zelfstandig te wonen, werken of kinderen op te voeden. De uitkomsten kunnen worden gebruikt bij het opstellen van een ontwikkelplan (portfolio) en om de vorderingen te evalueren.

Op Eigen Benen voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Bij mensen met een beperking wordt vaak de nadruk gelegd op hun beperking. Mensen om hen heen hebben vaak weinig vertrouwen in wat ze kunnen en nemen hierdoor een belemmerende houding aan. Het tekort aan aandacht voor de kwaliteiten, talenten en mogelijkheden van mensen met een beperking verkleint hun gevoel van eigenwaarde, dat nodig is om zelf meer sturing aan hun leven te geven.

Door aan te sluiten bij de talenten van de cliënt, samen zijn/haar competenties te versterken, een sociaal netwerk met wederkerige relaties op te bouwen of vergroten, hem/haar (nieuwe) ervaringen te laten opdoen en hiermee te oefenen, wordt het gevoel van eigenwaarde sterker. Hierdoor kan de cliënt zich ontplooien en uiteindelijk meer zelfstandig invulling geven aan zijn/haar bestaan.

2. Uitgangspunten

Bij Op Eigen Benen wordt gewerkt vanuit vier kernwaarden:

1) Eigenheid: ieder mens moet de kans krijgen om het leven te leiden dat hij/zij wil. Op weg naar meer zelfstandigheid is het belangrijk om de eigenheid van de cliënt te respecteren en zijn/haar krachten en talenten centraal te stellen in plaats van zijn/haar beperkingen.
2) Individueel en levenslang leren: het is van belang dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd is. Daarom leert de cliënt binnen Op Eigen Benen alleen wat hij-/zijzelf wil leren en bedenkt hij-/zijzelf zoveel mogelijk wat nodig is om bepaalde taken uit te voeren.

Leren gaat het best als wordt aangesloten bij iemands behoeften, wensen, competenties en natuurlijke manier van leren.

3) Integere, respectvolle benadering: de rol en houding van de begeleider zijn binnen Op Eigen Benen belangrijke factoren. De begeleider is de coach van de cliënt, wat om een ontwikkelingsgerichte houding vraagt. De begeleider ziet erop toe dat de relatie met de cliënt veilig, gelijkwaardig en wederkerig is, toont vertrouwen in de cliënt, wijst de cliënt op zijn/haar krachten en talenten, geeft complimenten, biedt ruimte om te oefenen en experimenteren en treedt aan het eind van het traject steeds meer naar de achtergrond.
4) Innerlijke waarden: zelfrespect, zelfwaardering, zelfbepaling, creativiteit en het dragen van verantwoordelijkheid zijn belangrijke bouwstenen voor een (meer) zelfstandig bestaan.

3. Doel

Het doel van Op Eigen Benen is het versterken van de competenties, eigenwaarde, zelfredzaamheid en het sociale netwerk van cliënten, zodat ze krachtiger in het leven staan en hun bestaan meer op hun eigen manier kunnen vormgeven. Hierbij is er specifieke aandacht voor meer zelfstandigheid en eigen sturing op het gebied van wonen, werk en ouderschap.

4. Systematische werkwijze

Het Op Eigen Benen-traject gericht op wonen en werk bestaan uit drie fasen:

1) Instroomfase
2) Doorstroomfase
3) Uitstroomfase

Gedurende het traject voeren de cliënt en begeleider gesprekken en ondernemen ze trainingsactiviteiten om de gestelde doelen te bereiken. De precieze invulling hangt af van de ontwikkelwensen, leermogelijkheden en leerstijl van de cliënt.

1) Instroomfase

- De competenties van de cliënt worden geïnventariseerd met behulp van het instrument INVRA-Wonen of INVRA-Arbeid. Hierbij worden ook de huidige situatie en de gewenste situatie in kaart gebracht.

- Met INVRA-Ouderschap helpt de begeleider de cliënt zicht te krijgen op de competenties die hij/zij van nature heeft en de competenties die nog nodig zijn om zijn/haar kind(eren) zelfstandig te kunnen opvoeden. INVRA-Ouderschap wordt altijd samen met INVRA-Wonen ingezet, vanuit het idee dat als iemand goed voor zichzelf kan zorgen, de cliënt ook beter in staat is om zijn/haar kind(eren) op te voeden.
- Na de inventarisatie van de competenties voeren de cliënt en begeleider een zogeheten kansgesprek. Hierin maken ze afspraken over het trainingstraject en andere stappen die mogelijk nodig zijn. Hierbij wordt aangesloten bij vaardigheden die de cliënt al beheerst. De leerdoelen worden geformuleerd in termen van competentievergroting en concreet, observeerbaar gedrag.
- Bij het afronden van de instroomfase vullen de cliënt en begeleider samen een portfolio in, met daarin:
  - de met de INVRA vastgestelde competenties
  - de krachten en talenten van de cliënt
  - toekomstperspectieven waar de cliënt naartoe wil werken
  - trainings- en actiepunten

2) Doorstroomfase

- Bij de start van de doorstroomfase stelt de begeleider een persoonlijk trainingsprogramma samen op basis van de uitkomsten van de INVRA en de behoeften en wensen van de cliënt.
- Gedurende deze fase trainen de cliënt en begeleider de vaardigheden van de cliënt die nodig zijn om de doelen te bereiken. De begeleider sluit aan bij wat de cliënt al weet en kan en gebruikt verschillende technieken, zoals uitleggen, laten zien, voordoen, laten navertellen, samen doen en alleen laten uitvoeren. Nieuwe vaardigheden worden in kleine stappen aangeleerd, waarbij de cliënt zoveel mogelijk zelf moet nadenken, ontdekken en tot een oplossing moet komen.
- Hierna leert de cliënt de versterkte en nieuwe vaardigheden toe te passen in een nieuwe praktijksituatie (transfer). De begeleider ondersteunt de cliënt bij het herkennen van situaties waarin hij/zij het geleerde kan toepassen.
- In een verder stadium van deze fase stimuleert de begeleider de cliënt om nieuwe ervaringen aan te gaan en te experimenteren met wat hij/zij heeft geleerd.
- In de doorstroomfase stellen de cliënt en begeleider een participatieplan op, gericht op het opbouwen of uitbreiden van een sociaal netwerk met wederkerige relaties.

- Tot slot wordt gekeken in hoeverre de gestelde doelen al zijn bereikt, wat werkt en wat niet werkt, of het nodig is om het portfolio en traject van de cliënt bij te stellen of dat kan worden overgegaan naar de uitstroomfase.

3) Uitstroomfase

- De uitstroomfase vindt meestal plaats in de woon- of werkomgeving van de cliënt. Het inrichten van de woon- of werkplek zodat deze past bij de competenties van de cliënt, staat in deze fase centraal.
- In deze fase starten de cliënt en begeleider ook met het uitvoeren van het participatieplan, omdat een goed functionerend netwerk een belangrijk onderdeel is van een (meer) zelfstandig bestaan.
- De begeleider geeft in deze fase feedback, spiegelt en treedt steeds meer naar de achtergrond.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus. Bij Op Eigen Benen worden wel leerdoelen opgesteld tijdens de instroomfase (= plan), waarna cliënten met deze doelen aan de slag gaan (= do) en de doelen worden geevalueerd tijdens de doorstroomfase (= check).

5. Doorlopende manier van handelen

Met Op Eigen Benen volgt iedere cliënt zijn/haar eigen traject, in zijn/haar eigen tempo en op zijn/haar eigen manier. Ook de duur van het traject wordt individueel bepaald. Persoonlijke ontwikkeling wordt gezien als een continuüm, dat wil zeggen als een doorlopend proces dat in feite nooit stopt. In de praktijk is er wel sprake van een uitstroomfase, waarin de begeleider steeds meer naar de achtergrond treedt totdat de cliënt de ten doel gestelde mate van zelfstandigheid heeft bereikt en weet vast te houden. Het INVRA-instrument wordt periodiek ingevuld om de vorderingen te meten en te kijken in hoeverre de cliënt naar de gewenste situatie is toegegroeid. Aan het eind van het traject kan het INVRA-instrument inzicht geven in welke vaardigheden de cliënt nog niet beheerst. De cliënt en begeleider bespreken dan wat de cliënt hiermee wil.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Op Eigen Benen.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Scholten & Schuurman, 2008) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Op Eigen Benen.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er is geen implementatieplan voor de invoering van Op Eigen Benen gevonden. In het onderzoeksrapport (Schuurman & Hoekman, 2015) worden wel vijf pijlers voor implementatie genoemd: 1) Maak de methodiek onderdeel van het totale werkproces van de locaties waar de methodiek wordt toegepast. Bijvoorbeeld bij jaarplannen, competentieprofielen van medewerkers, functioneringsgesprekken, intakes en ondersteuningsplanbesprekingen. 2) Stel per team een enthousiaste aandachtsfunctionaris aan en zorg dat deze goed is geïnformeerd. 3) Bied intervisie, herhaal- en verdiepingsworkshops aan om kennis te borgen. 4) Communiceer over wat goed gaat, maar ook over wat beter kan. 5) Hang op locaties reminders op in de vorm van samenvattingen en inspirerende spreuken en voorbeelden. Actualiseer ze regelmatig.
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Voor Op Eigen Benen zijn verschillende trainingen, zowel incompany als met open deelname, beschikbaar via invrability.nl/trainingen: • Tweedaagse training Op Eigen Benen • Tweedaagse training INVRA-Wonen • Tweedaagse training INVRA-Arbeid • Tweedaagse training INVRA-Ouderschap Voor het werken met een INVRA-instrument is de bijbehorende training verplicht.

Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Na het volgen van de training Op Eigen Benen is de deelnemer gecertificeerd Op Eigen Benen-coach. Deze training is voor 11 punten geaccrediteerd door Stichting Kwaliteitsregister Jeugd.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Op Eigen Benen. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De theoretische onderbouwing van Op Eigen Benen is onder meer gebaseerd op de theorie van Feuerstein et al. (1993), de positieve psychologie (Seligman, 2002), het Competentiemodel (Slot & Spanjaard, 2006) en Eigen Initiatief Model (Timmer et al., 2003).

7.2. Ontwikkeling

Op Eigen Benen is ontwikkeld in de praktijk, binnen een trainingsinstituut voor moeilijk lerende jongeren, waarbij de hulpmiddelen INVRA-Wonen en INVRA-Arbeid eerst zijn ontwikkeld. Er zijn geen openbare bronnen gevonden over de ontwikkeling en toetsing van deze hulpmiddelen. In het boek worden onder andere kenmerken van leren en de vertaling ervan naar de methodiek beschreven (Scholten & Schuurman, 2008).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Op Eigen Benen

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Theorie van Feuerstein (Feuerstein 1993), positieve psychologie (Seligman, 2002), Competentiemodel (Slot & Spanjaard, 2006), Eigen Initiatief Model (Timmer, 2000).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Boek met o.a. kenmerken van leren en vertaling naar methodiek (Scholten & Schuurman, 2008). Geen openbare bronnen van ontwikkeling van instrumenten.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☑ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting:
- Kwantitatief longitudinaal onderzoek naar de werkzaamheid van Op Eigen Benen bij kinderen en jongeren met VB (Schuurman & Hoekman, 2015): de werkzaamheid kon niet worden aangetoond.
- Mixed-methods onderzoek m.b.v. vragenlijsten en focusgroepen (Sandjojo et al., 2018): kleine significante toename in mate van zelfredzaamheid, maar geen verschil in mate van ondersteuningsbehoefte, gedragsproblemen en kwaliteit van leven.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☑ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Mixed-methods onderzoek m.b.v. vragenlijsten en focusgroepen (Sandjojo et al., 2018): begeleiders gaven in de focusgroepen aan in de training niet veel nieuwe dingen te hebben geleerd.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is een kwantitatief longitudinaal onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van Op Eigen Benen bij kinderen en jongeren met VB (mate niet gespecificeerd) (Schuurman & Hoekman, 2015). De werkzaamheid van de methodiek kon niet worden aangetoond. In een mixed-methods onderzoek is de Op Eigen Benen-training voor begeleiders geëvalueerd met behulp van vragenlijsten en focusgroepen (Sandjojo et al., 2018). Uit de vragenlijst bleek een kleine significante toename in de mate van zelfredzaamheid van mensen met voornamelijk LVB. Er werd geen verschil gevonden in de mate van ondersteuningsbehoefte, probleemgedrag en kwaliteit van leven.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In het onderzoek van Sandjojo et al. (2018) bleek uit de focusgroepen dat begeleiders aangaven in de training niet veel nieuwe dingen te hebben geleerd.

7.5. Database

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt ook het (voorlopige) oordeel van een of meerdere erkenningscommissies vermeld. Op Eigen Benen was tot juli 2022 opgenomen in de *Databank effectieve sociale interventies* van Movisie. Sinds juli 2022 staan hierin alleen interventies die zijn aangeduid als Goed beoordeeld, Goed onderbouwd of Effectief. Op Eigen Benen is niet (opnieuw) ter beoordeling voorgelegd of niet positief beoordeeld, waardoor de methodiek niet meer te vinden is in deze databank (Movisie, z.d.).

Bronnen over Op Eigen Benen

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Sandjojo, J., Zedlitz, A. M. E. E., Gebhardt, W. A., Hoekman, J., Dusseldorp, E., Den Haan, J. A. & Evers, A. W. M. (2018). Training staff to promote self-management in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(5), 840–850. https://doi.org/10.1111/jar.12440.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Scholten, G. & Schuurman, M. (2003). *Op Eigen Benen. Een leermethodiek voor mensen met een (verstandelijke) beperking*. INVRA.

Scholten, G. & Schuurman, M. (2008). *Eigenwaarde. Leermethodiek Op Eigen Benen achtergrond en toepassing*. INVRA.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Schuurman, M. & Hoekman, J. (2015). *Naar optimale zelfredzaamheid van kinderen en jongeren met verstandelijke beperkingen. Onderzoek naar de werking van de benadering "Op Eigen Benen" door middel van de INVRA*. Kalliope consult.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Brink, C. (2011). *Methodebeschrijving Op Eigen Benen.* Databank effectieve sociale interventies.

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Invrability. (z.d.). *Op Eigen Benen*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.invrability.nl/visie-methodiek.

Movisie. (z.d.). *Op Eigen Benen.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/eigen-benen.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Op Eigen Benen)

Feuerstein, R., Rand, Y. & Rijnders, J. E. (1993). *Laat me niet zoals ik ben: een baanbrekende methode om de cognitieve en sociale ontwikkeling te stimuleren*. Uitgeverij Lemniscaat.

Gennep van, A. T. G. (1994). *De zorg om bestaan. Over verstandelijke handicap, kwaliteit en ondersteuning.* Boom uitgevers.

Seligman, M. E. P. (2002). *Gelukkig zijn kun je leren*. Uitgeverij Spectrum.

Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2006). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. HB Uitgevers.

Timmer, J. T., Dekker, K. A. & Voortman, H. (2003). *Eigen Initiatief Model – theorie en toepassing*. Landelijke kennisnetwerk gehandicaptenzorg (LKNG).

4.2.4. **HouVast-w**

Overzicht	
Ontwikkelaar	Niet bekend
Organisatie	Expertisecentrum William Schrikker en TOP groep
Website	www.houvast.nu
Jaar van ontwikkeling	2015
Jaar van laatste actualisering	± 2019 (op basis van summiere informatie uit het rapport van Lever (2019))
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* HouVast-w richt zich op gezinnen met thuiswonende kinderen (al dan niet met VB) en ouder(s) met (een vermoeden van) LVB. De kinderen met LVB zijn jonger dan 23 jaar en die zonder LVB jonger dan 18 jaar. Binnen deze gezinnen zijn er problemen met opvoeden en opgroeien, waardoor de veiligheid en lichamelijke, emotionele en cognitieve ontwikkeling van de kinderen in het gedrang kan komen. De gezinnen kenmerken zich door beperkte opvoedvaardigheden van de ouder(s), het ontbreken van een steunend sociaal netwerk en minimale of wisselende bereidheid om hulp te accepteren. Bij de ouder(s) speelt vaak bijkomende sociaal-psychische, medische of psychiatrische problematiek. De werkdefinitie van LVB die bij HouVast-w wordt gehanteerd (Lever, 2015, 2019): • De ouders hebben een IQ tussen 50 en 85, beperkt sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek (leerproblemen, psychiatrische stoornis, medische problemen en/of problemen in het gezin of de sociale context). • Of bij de ouders is er een vermoeden van LVB dat is bevestigd door afname van de Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL).
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☐ Wonen (woonvoorziening voor gezinnen) ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* HouVast-w is bedoeld voor ambulante begeleiding van gezinnen die zelfstandig wonen of (tijdelijk) in een instelling verblijven (Lever, 2019). De beschrijvingen van HouVast-w in de gevonden bronnen gaan nagenoeg alleen over thuissituaties. Daarom is alleen ambulante begeleiding als zorgvorm aangegeven en niet wonen.

Algemene beschrijving

HouVast-w maakt deel uit van het HouVast-programma, dat uit twee elementen bestaat: de HouVast-interventie (HouVast-i) en HouVast-waakvlamfunctie (HouVast-w). Met behulp van HouVast-i wordt de opvoedsituatie verbeterd tot het niveau van 'goed genoeg'. 'Goed genoeg' houdt in dat ouders kunnen voldoen aan vier gezinsfuncties:

1) Een fijn thuis bieden (aan de basisbehoeften voldoen).
2) Zorgen dat de kinderen emotionele veerkracht kunnen ontwikkelen (affectie en steun bieden).
3) Steun geven bij sociale contacten binnen en buiten het gezin (liefde en vertrouwen geven, burgerschap stimuleren).
4) Goed omgaan met de buitenwereld (gedrag, educatie, werk, levensvaardigheden).

Zo nodig kan de ondersteuning worden voortgezet met HouVast-w. Het doel hierbij is de opvoedsituatie te bewaken, het gezin te stimuleren, terugval te voorkomen en bij verstoring van het evenwicht tijdig extra te steun te bieden en coördineren (Lever, 2015, 2019; Van Nieuwenhuijzen et al., 2022; Van Wijngaarden et al., 2022).

De twee onderdelen van HouVast kunnen in combinatie worden gebruikt, maar zijn niet noodzakelijkerwijs aan elkaar gekoppeld. HouVast-i en HouVast-w kunnen goed los van elkaar worden ingezet, wat betekent dat HouVast-w niet per se volgt op HouVast-i (Lever, 2019). Daarmee zijn er drie trajecten:

1) Inzet van alleen HouVast-i
2) Inzet van alleen HouVast-w
3) Inzet van HouVast-i, gevolgd door HouVast-w

In dit derde traject kunnen HouVast-w en HouVast-i worden afgewisseld als daartoe aanleiding is. In dit hoofdstuk beschrijven we de methodiek HouVast-w en geven we een korte introductie van HouVast-i.

HouVast-interventie (HouVast-i)

Hieronder wordt een beknopte samenvatting gegeven van HouVast-i op basis van de interventiebeschrijving van de *Databank effectieve jeugdinterventies* van het Nederlands Jeugdinstituut (Lever, 2015): HouVast-i is een interventie voor intensieve ondersteuning van gezinnen. De interventie wordt ingezet als er sprake is van ondertoezichtstelling of als vervolg daarop of bij andere vormen van drang. HouVast-i wordt niet ingezet bij crisissituaties als uithuisplaatsing of als het gezin hulp weigert. In deze gevallen zijn

andere instanties geïndiceerd, zoals de Raad voor de Kinderbescherming of een gecertificeerde instelling. Het hoofddoel van HouVast-i is te zorgen dat "de ouders in staat zijn om met hulp van het netwerk en/of professionals hun kinderen veilig en goed genoeg op te voeden" (Lever, 2015). Ook zijn er subdoelen:

- De ouders kunnen aangeven dat ze hulp nodig hebben en accepteren deze ook.
- Er is meer steun vanuit het netwerk.
- De opvoedvaardigheden van de ouders zijn vergroot, zodat de kinderen de zorg en aandacht krijgen die ze nodig hebben.

De indicaties voor HouVast-i zijn:

- Tenminste een van de opvoedende ouders heeft een (vermoeden van) LVB.
- Er is minstens één thuiswonend kind (0-18 jaar of 0-23 jaar als het kind VB heeft).
- Er is sprake van dreigende opvoed- en opgroeiproblematiek.
- De ouders zijn beperkt of wisselend bereid om steun te accepteren of om mee te werken.
- Het gezin heeft minder netwerk dan het nodig heeft of kan onvoldoende op het netwerk rekenen.
- De ouders hebben beperkte opvoedvaardigheden.
- Zonder aanvullende hulp wordt achteruitgang voorzien.

Contra-indicaties:

- Er is een acuut onveilige situatie voor de kinderen.
- Er is geen of niet meer sprake van een dagelijkse opvoedsituatie (de kinderen wonen zelfstandig of zijn uit huis geplaatst zonder zicht op terugplaatsing).
- Er zijn psychiatrische of verslavingsproblemen (bij de ouder en/of kinderen) of ernstige gedragsproblemen (bij de kinderen) die zo'n grote impact op het functioneren van de ouders en/of kinderen hebben dat specialistische hulp noodzakelijk is.
- De ouders hebben geen LVB conform de eerder genoemde werkdefinitie.
- De ouders zijn op geen enkele manier bereid tot samenwerking.

Bij HouVast-i werkt de HouVast-werker gedurende een halfjaar met de ouders aan 'goed genoeg' opvoederschap. Deze periode kan met maximaal een half jaar worden verlengd. Zijn de doelen van HouVast-i behaald, dan kan (als dat nodig wordt bevonden) HouVast-w worden ingezet. Hierbij ondersteunt de HouVast-werker het gezin langdurig laagintensief om terugval te voorkomen en te zorgen dat het 'goed genoeg' blijft gaan.

HouVast-i bestaat uit drie fasen:

1) Opstartfase: In deze fase maakt de HouVast-werker kennis met het gezin en werkt hij/zij aan het opbouwen van een vertrouwensband. Ook vindt er een gedegen overdracht plaats vanuit de zorginstelling die bij het gezin betrokken was. De opstartfase duurt vier weken. De HouVast-werker heeft in deze periode zo vaak als nodig (maar minimaal twee keer week) contact met het gezin.
2) Werkfase: In deze fase wordt structureel gewerkt aan concrete verbetering van de opvoedvaardigheden van de ouders, het functioneren van het gezin en de ondersteuning vanuit het netwerk. Deze fase duurt minimaal vier en maximaal negen maanden; in de praktijk gaat het doorgaans om zes maanden. Eenmalig kan verlenging met een halfjaar plaatsvinden. De HouVast-werker heeft in deze fase gemiddeld twee uur per week contact met het gezin. Als de omstandigheden erom vragen, kan dit oplopen tot acht uur per week.
3) Afrondingsfase: In deze fase wordt de betrokkenheid van de HouVast-werker afgebouwd en besloten of het gezin verdere steun, bijvoorbeeld middels HouVast-w, nodig heeft. De inzet van de HouVast-werker neemt af van twee uur per week naar twee uur per twee weken en uiteindelijk naar twee uur per maand. Deze fase duurt minimaal een maand en maximaal twee maanden.

HouVast-i is in 2015 erkend als 'goed onderbouwd' door de *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg* (Vilans) en door de *Databank erkende jeugdinterventies* (Nederlands Jeugdinstituut). Er is geen onderzoek naar de werkzaamheid van de interventie gevonden.

Begeleidingsmethodiek HouVast-waakvlamfunctie (HouVast-w)

Hieronder wordt een beknopte samenvatting gegeven van HouVast-w op basis van de interventiebeschrijving van de *Databank erkende interventies in de langdurige zorg* (Lever, 2019): HouVast-w is een langdurige ambulante vorm van (waakvlam)ondersteuning voor gezinnen waarbij de ouders (een vermoeden van) LVB hebben volgens de eerder genoemde werkdefinitie. HouVast-w kan worden ingezet na een verzoek van een wijk- of jeugdteam of instelling. Als er zorgen zijn over de veiligheid van de kinderen kan HouVast-w onder *drang* worden toegepast om intensiever ingrijpen te voorkomen. In het kader van een kinderbeschermingsmaatregel kan HouVast-w onder *dwang* worden ingezet. Deelname van gezinnen aan HouVast-w is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Als ouders niet willen, kan HouVast-w niet worden ingezet. In de bronnen wordt niet aangegeven hoe dit zich verhoudt tot de eerdere genoemde drang en dwang.

Indicaties voor HouVast-w (Lever, 2019):

- Tenminste een van de opvoedende ouders heeft LVB.
- Er is ten minste één thuiswonend kind (0-18 jaar, met een uitloop naar 23 jaar wanneer er bij het kind sprake is van VB).
- De primaire veiligheid van de kinderen is gerealiseerd en de basisverzorging is op orde.
- Zonder (voortzetting van de) ondersteuning dreigen (opnieuw) opvoed- en opgroeiproblemen.
- Het gezin is bereid mee te werken.

Contra-indicaties (Lever, 2019):

- Er is geen of niet meer sprake van een dagelijkse opvoedsituatie (kinderen wonen zelfstandig of zijn uit huis geplaatst zonder zicht op terugplaatsing).
- Er is sprake van een acuut onveilige situatie voor het kind waardoor een vorm van crisisinterventie moet worden ingezet.
- Psychiatrische of verslavingsproblematiek (bij de ouder en/of kinderen) of ernstige gedragsproblemen (bij de kinderen) hebben zo'n impact op het functioneren van de ouders en/of kinderen dat specialistische hulp moet worden ingezet.
- De ouders hebben geen LVB conform de eerder genoemde werkdefinitie, waardoor reguliere opvoedondersteuning kan worden ingezet.
- De ouders zijn op geen enkele manier bereid tot samenwerking.

De HouVast-werker zoekt op een vasthoudende manier naar mogelijkheden tot samenwerking en bewaking van het 'goed genoeg' van de opvoedsituatie. HouVast-w sluit daarmee aan bij wat van professionals wordt verwacht in het kader van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. De HouVast-werker is hier bij de ouders altijd transparant over.

Na de aanmelding wordt de opvoedsituatie in kaart gebracht en wordt geprobeerd om samen met het gezin en het netwerk de opvoeding op het niveau van 'goed genoeg' te brengen of handhaven. De professionele hulp en informele steun zijn continu en op elkaar afgestemd. Wat 'goed genoeg' is, wordt bewaakt door de HouVast-werker die één tot anderhalf uur per week bij het gezin thuis komt en contact heeft met het netwerk. Zo nodig kan de ondersteuning tijdelijk worden geïntensiveerd met HouVast-i. De Houvast-werker werkt op een oplossingsgerichte, planmatige en transparante manier samen met het gezin. Bij HouVast-w wordt gebruikgemaakt van elementen uit de be-

geleidingsmethodiek Oplossingsgericht werken (hoofdstuk 4.1.4), met name van oplossingsgerichte gesprekstechnieken.

HouVast-w voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria kort toegelicht

1. Zienswijze

Ouders met LVB zijn niet altijd in staat hun kinderen een veilige en 'goed genoeg' opvoeding te bieden. De kinderen lopen hierdoor risico op problemen in hun fysieke, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling. Hulp uit de omgeving en/of van professionals is dan nodig. Met HouVast-w worden deze gezinnen laagintensief maar duurzaam ondersteund.

2. Uitgangspunten

'Goed genoeg' opvoeden betekent een opvoedsituatie die in voldoende mate voldoet aan vier functies van het gezin:

1) Een fijn thuis bieden.
2) Omgaan met tegenslag.
3) Omgaan met anderen.
4) Omgaan met de buitenwereld.

3. Doel

Het doel van HouVast-w is dat ouders hun kinderen duurzaam veiligheid bieden en een 'goed genoeg' opvoedingsniveau kunnen handhaven met behulp van hun sociale netwerk en/of professionals.
De subdoelen zijn:

- De ouders accepteren blijvend steun.
- Het gezin maakt gebruik van een duurzaam, stevig en steunend netwerk.
- De ouders voelen zich competent in 'goed genoeg' opvoeden, zodat de kinderen (waar nodig met aanvullende steun vanuit het netwerk) de zorg en aandacht krijgen die zij nodig hebben.

De HouVast-werker maakt hiervoor gebruik van technieken voor het versterken van de motivatie en responsiviteit van de ouders en van strategieën om het netwerk te versterken.

4. Systematische manier van handelen

HouVast-w bestaat uit drie fasen (Lever, 2019):

1) Opstartfase: Kennismaken en het opbouwen van een vertrouwensband staan in deze fase centraal. De opvoedsituatie wordt in kaart gebracht, samen met het gezin en netwerk wordt besproken wat nodig is om de opvoeding te houden op het niveau van 'goed genoeg' en er wordt een plan opgesteld. Ook zorgt de HouVast-werker dat er continu steun beschikbaar is vanuit zowel het sociale als professionele netwerk. Daarbij coördineert hij/zij de afstemming tussen alle betrokkenen. De HouVast-werker heeft ongeveer twee keer per week contact met het gezin. De opstartfase duurt maximaal twee maanden. Als HouVast-w wordt ingezet als vervolg op HouVast-i, is dit vaak korter, zeker als de HouVast-i-werker dezelfde is als de HouVast-w-werker.
2) Werkfase: In deze fase wordt structureel en volgens het opgestelde plan gewerkt aan het 'goed genoeg' functioneren van het gezin. Ook wordt gewerkt aan het op peil houden van het ondersteunende netwerk. De HouVast-werker heeft wekelijks één tot anderhalf uur contact met het gezin en eens per twee weken met iemand uit het netwerk. Zo nodig kunnen deze contacten vaker plaatsvinden of kan HouVast-i worden ingezet. De werkfase duurt zo lang als nodig is, vaak jarenlang. Elk halfjaar vindt een evaluatie plaats.
3) Afrondingsfase: HouVast-w wordt beëindigd als professionele ondersteuning niet meer nodig is, er geen opvoeding meer plaatsvindt in het gezin (de kinderen zijn zelfstandig) of als intensievere hulp (bijvoorbeeld HouVast-i of na tussenkomst van de Raad voor de Kinderbescherming of Veilig Thuis) nodig is. Deze fase duurt maximaal zes maanden. De begeleiding van de HouVast-werker wordt geleidelijk afgebouwd.

De begeleidingsmethodiek kent drie hoofdstrategieën (Lever, 2019):

1) In Eigen Hand: Dat wat de gezinsleden zelf kunnen, doen ze zelf. De HouVast-werker complimenteert de gezinsleden, stimuleert hen om deze vaardigheden te blijven inzetten en volgt of dit daadwerkelijk gebeurt.
2) Hand in Hand: Het gezin oefent actief met de HouVast-werker om vaardigheden onder de knie te krijgen. Hierbij draait het om voordoen, samen doen, oefenen en herhalen. De werkpunten worden SMART geformuleerd.
3) Handje Helpen: Het gezin krijgt steun van mensen om hen heen. De HouVast-werker maakt samen met de ouders afspraken met de personen die het gezin kunnen helpen. Samen volgen ze of de afspraken goed lopen, of bijstelling nodig is en of het (sociale en professionele) netwerk passende ondersteuning biedt.

Deze drie hoofdstrategieën zijn gebaseerd op Begeleid Ontdekkend Leren (BOL) (hoofdstuk 4.2.1). Samen bepalen het gezin en de HouVast-werker steeds waaraan moet worden gewerkt, wat het gezin zelf kan, wat moet worden geoefend en waarbij hulp nodig is (Lever, 2019).

De focus bij deze waakvlamfunctie ligt op het bewaken van 'goed genoeg', voorkomen van terugval, stimuleren van het gezin en het netwerk, op peil te houden van wat is bereikt, coördineren van steun en bijspringen wanneer het evenwicht wordt verstoord. De HouVast-werker monitort de voortgang en elk half jaar wordt samen met het gezin, het netwerk en de professionele hulpverleners geëvalueerd.

Zorginstellingen die HouVast aanbieden, dienen zorg te dragen voor 24-uurs bereikbaarheid. Vanuit de waakvlamfunctie kan, als dat nodig wordt bevonden, (opnieuw) HouVast-i worden opgestart.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij HouVast-w is wel sprake van een methodische werkwijze.

5. Doorlopende manier van handelen

Na de opstartfase volgt de werkfase. In deze werkfase wordt structureel en volgens het afgesproken plan gewerkt aan het 'goed genoeg' functioneren van het gezin en aan een ondersteunend netwerk. De resultaten worden gemonitord en halfjaarlijks vindt evaluatie plaats. Deze werkfase duurt zo lang als het noodzakelijk is, vaak jarenlang. Van beëindiging is pas sprake wanneer de kinderen niet meer thuis wonen, wanneer het zo goed gaat dat professionele ondersteuning niet meer nodig is of wanneer intensievere hulp nodig is (HouVast-i of crisisinterventies). De begeleiding wordt dan geleidelijk afgebouwd.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van HouVast-w.

Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk over HouVast-w is niet openbaar beschikbaar. Deelnemers aan een HouVast-training ontvangen het digitale handboek met een beschrijving van de methodiek, de theoretische onderbouwing en praktische hulpmiddelen voor de uitvoering.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Implementatie gaat in overleg met het Expertisecentrum. Zij organiseren uitwisseling tussen gedragskundigen van de verschillende uitvoerende zorginstellingen. Ook denkt het Expertisecentrum mee over implementatievraagstukken en biedt het zo nodig aanvullende scholing aan voor andere medewerkers zoals het management (Lever, 2019).
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Een vijfdaagse HouVast-training is noodzakelijk voor alle HouVast-werkers. De HouVast-werker is werkzaam bij een zorginstelling met kennis en ervaringen ten aanzien van gezinnen met ouders met LVB, een goede ondersteuningsstructuur voor ambulant werkende professionals en mogelijkheden voor 24-uurs bereikbaarheid. De HouVast-werker heeft minimaal hbo-denk- en werkniveau en heeft werkervaring met de doelgroep van HouVast-w. Registratie in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) is een voorwaarde. Uitvoering van HouVast-w door een mbo-opgeleide medewerker is mogelijk, maar alleen onder verantwoordelijkheid van een hbo-geschoolde HouVast-werker (Lever, 2019). De hbo-geschoolde HouVast-werker stelt met de ouders het plan op, onderhoudt de contacten met het netwerk en draagt zorgt voor de grote lijnen. De mbo-geschoolde werker voert de praktische taken uit. Er zijn vier trainingen voor HouVast: • Vijfdaagse training voor HouVast-werkers. Deze training is voor 52,50 registerpunten geaccrediteerd (SKJ voor geregistreerde jeugdzorgwerkers en Registerplein voor geregistreerde maatschappelijk werkers en sociaal agogen). Beschikbaar: www.houvast.nu/houvast-5-daagse-2. • Tweedaagse training voor gedragskundigen. Deze training is voor 14 registerpunten geaccrediteerd (NIP, NVO en SKJ) voor orthopedagogen en psychologen. Beschikbaar: www.houvast.nu/2-daagse-gedragsdeskundigen. • Driedaagse basistraining voor medewerkers die ondersteuning bieden aan of samenwerken met HouVast-werkers. Deelnemers ontvangen een bewijs van deelname en zijn na afloop geen gecertificeerd HouVast-werker. Beschikbaar: www.houvast.nu/3-daagse-basistraining-houvast. • Driedaagse training voor medewerkers die cliënten toeleiden naar HouVast. Deze training is voor 29,50 registerpunten geaccrediteerd (SKJ). Beschikbaar: www.houvast.nu/3-daagse-toeleiding-signalering-en-overbrugging-naar-houvast.

Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingen zijn geaccrediteerd (zie boven).
Benodigde inzet per cliënt	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* 6 namelijk: 1-1,5 uur per week in het gezin. Een fulltime HouVast-werker heeft een caseload van 1:20 gezinnen (alleen HouVast-w). Als ook HouVast-i-zaken worden meegenomen is de caseload 1:16.

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor HouVast-w. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Het programma HouVast (de combinatie van de interventie en waakvlamfunctie) richt zich vooral op gezinnen met chronische en complexe problemen van socio-economische en psychosociale aard. De beperking bij de ouder(s) is daar onderdeel van. HouVast als geheel is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten ten aanzien van multiprobleemgezinnen (Van der Steege, 2009) en meer specifiek ten aanzien van ouders met LVB. HouVast-i is daarnaast gebaseerd op het principe van 'empowerment' (Van der Steege, 2007). Een uitgebreide beschrijving van de achtergronden, doel, opzet en onderbouwing van HouVast-w wordt gegeven in het rapport van Lever (2019). De wetenschappelijke basis van HouVast-w als geheel is gebaseerd op een beschrijving op basis van literatuur van de kenmerken van een LVB, de invloed daarvan op opvoeding en verzorging en andere factoren die daarbij van belang zijn (Lever, 2015).

Predicaat begeleidingsmethodiek: HouVast-w

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Duidelijk omschreven met literatuurverwijzingen in Lever et al. (2019). Gebaseerd op wetenschappelijke inzichten omtrent multiprobleemgezinnen en specifiek ten aanzien van ouders met LVB.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Duidelijk omschreven met literatuurverwijzingen in Lever et al. (2019).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Er is een gedeeltelijke procesevaluatie gedaan bij een kleine groep ouders en HouVast-werkers. HouVast werd daarin als positief ervaren. Een samenvatting van de resultaten is opgenomen in een rapport (Lever, 2019), het artikel zelf is niet vindbaar. Er is geen onderzoek naar de werkzaamheid van de methodiek gevonden.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Er is een gedeeltelijke procesevaluatie gedaan bij een kleine groep ouders en HouVast-werkers. HouVast werd daarin als positief ervaren. Een samenvatting van de resultaten is opgenomen in een rapport (Lever, 2019), het artikel zelf is niet vindbaar. Er is geen onderzoek naar de werkzaamheid van de methodiek gevonden.

7.2. Ontwikkeling

Bij de ontwikkeling van HouVast-w is gebruikgemaakt van deze bronnen:

- Onderzoek naar ervaringen van ouders met LVB met begeleiding door gezinsvoogden (Lever, 2006; Lever & Boertjes, 2006).
- Onderzoek van een consortium van de Vrije Universiteit Amsterdam, Amerpoort, ASVZ, Cordaan, Gemiva-SVG, 's Heerlen Loo, SIG, Philadelphia en Vilans naar de vraag 'Wat werkt voor ouders met verstandelijke beperking?' In het rapport van Lever (2019) wordt hiernaar verwezen, maar artikelen of rapporten over het onderzoek zijn niet gevonden.
- Onderzoek onder ouders en HouVast-werkers naar de uitvoering van en ervaringen met HouVast-w (Lever et al., 2018). In een later rapport van Lever (2019) wordt aangegeven dat de aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkwamen, zijn voorgelegd aan de ontwikkelaars, deels al zijn verwerkt en voor het overige deel worden meegenomen in de doorontwikkeling.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid

Er is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van HouVast-w. Wel heeft een gedeeltelijke procesevaluatie plaatsgevonden bij elf ouders en elf HouVast-werkers (Lever et al., 2018). Hierbij is gebruikgemaakt van mixed-methods onderzoek: interviews met HouVast-werkers, semigestructureerde interviews met ouders, een focusgroep met ouders en een focusgroep met sleutelfiguren van de betrokken organisaties. Het artikel over dit onderzoek is niet openbaar beschikbaar (Lever et al., 2018), maar de resultaten zijn wel kort beschreven in het rapport van Lever (2019). De methoden van dit onderzoek zijn niet duidelijk te onderscheiden in kwantitatief of kwalitatief. Omdat het met name om kwalitatieve methoden lijkt te gaan, zijn de resultaten weergegeven bij 7.4.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid

Er is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van HouVast-w. Het bij 7.3 genoemde onderzoek betreft een procesevaluatie (Lever et al., 2018) en kent zeer waarschijnlijk vooral kwalitatieve resultaten. Daarom zijn ze in deze paragraaf opgenomen. Het betreft met name de toepassing van en ervaringen met HouVast-w van ouders en HouVast-werkers: de resultaten geven geen indicatie van de werkzaamheid. De methodiek wordt door zowel HouVast-werkers als ouders als positief omschreven.

De HouVast-werkers gaven aan dat de technieken die ze bij de training hadden geleerd hen hielpen in de praktijk. Het lukte hen om een partnerschap met ouders tot stand te brengen en door de focus op wat goed gaat, leken zorgen beter bespreekbaar te zijn. Als verdere positieve punten benoemden ze het concrete werken aan de opvoedvaardigheden en de basisattitude waarbij de regie meer aan het gezin en netwerk wordt gelaten. Lastiger vonden ze het opzetten van de samenwerking met het netwerk. Daarnaast vroegen ze zich af in hoeverre naar eigen inzicht of met werkwijzen of instrumenten uit andere methodieken kan worden gewerkt. Ook het werken in moeilijkere situaties benoemden ze als aandachtspunt.

Ouders waren over het algemeen tevreden met de hulp en oplossingsgerichte begeleiding. Ze ervaarden een partnerschap met de HouVast-werker en waardeerden diens focus op de veiligheid en het welzijn van de kinderen. Ze zagen hem als een deskundige meedenker, raadgever en regelaar, die hun autonomie erkent. Ze herkenden de planmatige aanpak, maar waren zich niet altijd bewust van de doelen waaraan werd gewerkt.

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt hieronder ook het (voorlopige) oordeel vermeld van de databank waarin HouVast-w is opgenomen.

Databank/erkenningscommissie	Databank erkende interventies voor de langdurige zorg
Erkenningscommissie	Deelcommissie Gehandicaptenzorg
Oordeel erkenningscommissie	Goed onderbouwd (maart 2019)
Toelichting	"HouVast-w is een interventie die inzet op laagintensief, maar duurzame ondersteuning(waakvlam) van gezinnen waarbij (een) ouder(s) een LVB heeft/hebben, er sprake is van (dreigende) opvoed- en opgroeiproblematiek en de 'goed genoeg' opvoedsituatie onder spanning staat of dreigt te staan. De aanpak zit gedegen in elkaar, met respect voor het gezin" (Databank erkende interventies, z.d.).
Webpagina	www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-houvast-w
Beschrijvend rapport	Lever (2019)

Bronnen over HouVast-w

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Van Nieuwenhuijzen, M., Verburg, J., Visser, T., Lever, M. & Kamer, F. (2022). Recht op passende hulp voor gezinnen van ouders met een LVB. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 20(1), 38-43.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Niet openbaar gevonden

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar toegankelijk: Lever, M., Voortman, K. & Van Nieuwenhuijzen, M. (2018). De ervaring van werkers en ouders met de waakvlamvariant van de interventie HouVast. Expertisecentrum William Schrikker.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Lever, M. (2019). *Databank erkende interventies langdurende zorg: beschrijving HouVast-w, Stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB (waakvlamvariant).* Vilans.

Lever, M (2015). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving HouVast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB.* Nederlands Jeugdinstituut.

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Databank effectieve jeugdinterventies. (z.d.). *HouVast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB.* Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.nji.nl/interventies/houvast-stut-en-steun-voor-gezinnen-van-ouders-met-een-lvb.

Databank erkende interventies. (z.d.). *HouVast-w.* Vilans. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-houvast-w.

HouVast. (z.d.). *Stut en steun voor gezinnen. Dé interventie voor gezinnen van ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB).* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.houvast.nu.

William Schrikker Gezinsvormen. (z.d.). *Houvast, specialistische ambulante opvoedondersteuning.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.wsgv.nl/ambulante-diensten/houvast.

Zorgondersteuningsfonds. (z.d.). *"De waakvlamvariant van HouVast is nu een erkende interventie."* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.zorgondersteuningsfonds.nl/wordpress/de-waakvlamvariant-van-houvast-is-nu-een-erkende-interventie.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over HouVast-w)

Kennisplein Gehandicaptensector. (z.d.). Maak jij het verschil voor ouders met een LVB? Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/thema-s/kinderwens-en-ouderschap/maak-jij-het-verschil-voor-ouders-met-een-lvb.

Lever, M. (2006). *Mee in de hel en voor de duivel niet bang*. Experisecentrum Jeugdzorg – Gehandicaptensector William Schrikker.

Lever, M. & Boertjes, M. (2006). Zij zegt: "Je bent een goeie moeder". De verstandelijke beperkte ouder en de gezinsvoogd in gesprek: een interculturele uitdaging. In C. van Nijnatten, M. Mildenberg & R. de Groot (red.), *Communicatie. Fundament van de orthopedagogiek*. Uitgeverij Agiel.

Van der Steege, M. (2007). *Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom.* Naar een gouden standaard. *Jeugd en Co Kennis*, *1*(4), 117–123. https://doi.org/10.1007/bf03085471.

Van der Steege, M. (2009). *Multiprobleemgezinnen.* In: *Handboek kinderen en adolescenten* (pp 1-18). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Van Wijngaarden, S., Hodes, M. & Lever, M. (2022). *Het gebruik van de methodiek HouVast-i binnen gezinnen met ouders met verstandelijke beperkingen: een eerste aanzet tot procesevaluatie.* HouVast.

4.2.5. **Systeemgerichte gezinscoaching**

Overzicht	
Ontwikkelaar	Niet bekend
Organisatie	Amerpoort
Website	www.amerpoort.nl/zorgaanbod/ondersteuning-thuis/gezinscoaching
Jaar van ontwikkeling	2004
Jaar van laatste actualisering	2017: onder andere handleiding (Van der Steege, 2017)
Doelgroep mate van VB	☒ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Systeemgerichte gezinscoaching is gericht op multiprobleemgezinnen, waarbij een of beide ouders LVB hebben (IQ-score tussen 50 en 85) en waarbij de ontwikkeling van hun kind(eren) wordt bedreigd of vertraagd. Er is sprake van problemen in de opvoeding en het gezinsfunctioneren. De ouders vinden het moeilijk om hulp te vragen en hulp te aanvaarden en beschikken over beperkte sociale steun (zowel praktisch als emotioneel).
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☒ Wonen (woonvoorziening voor gezinnen) ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Systeemgerichte gezinscoaching wordt ambulant aangeboden. De gezinscoach komt thuis bij het gezin, waar een intensief ondersteuningstraject wordt geboden. Daarnaast zijn er bij Amerpoort ook twee woonvoorzieningen voor gezinnen. Ieder gezin heeft in de woonvoorziening een eigen appartement.

Algemene beschrijving

Systeemgerichte gezinscoaching is een vorm van thuishulp aan gezinnen met multiproblematiek waarbij een of beide ouders LVB hebben en bij de kinderen sprake is van een vertraagde of bedreigde ontwikkeling. Met multiproblematiek wordt bedoeld dat zich bij een of meerdere gezinsleden problemen voordoen binnen verschillende leefgebieden, bijvoorbeeld met betrekking tot wonen, financiën, werk, school of opvoeden.

Systeemgerichte gezinscoaching start met een interventie, die doorgaans twaalf maanden duurt. In deze fase werken de gezinscoach en het gezin samen gestructureerd

en doelgericht aan de opvoedvaardigheden en sensitiviteit van de ouders, het verminderen van stress als gevolg van financiële of andere praktische problemen, het vragen en aanvaarden van hulp en het vergroten van sociale steun. De gezinscoach staat model en vervult een voorbeeldrol, oefent met de ouders en kinderen nieuwe vaardigheden in verschillende situaties en bekrachtigt hen met complimenten.

Na de interventie blijft de gezinscoach langdurig, maar minder intensief betrokken bij het gezin (vinger-aan-de-pols-zorg). De langdurige betrokkenheid is erop gericht om het geleerde vast te houden, te monitoren of de opvoeding 'goed genoeg' blijft en terugval te signaleren en voorkomen. Zo nodig kan de interventie worden herstart om weer intensiever aan bepaalde doelen te werken (Mol, 2017).

Systeemgerichte gezinscoaching voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Voor ouders met LVB is het soms lastig om hun kinderen 'goed genoeg' op te voeden. Hierdoor kan de ontwikkeling van de kinderen worden vertraagd of bedreigd. Professionele ondersteuning is dan noodzakelijk, vaak zowel met het oog op de opvoedvaardigheden als op vaardigheden die verder nodig zijn in het gezins- en maatschappelijke leven. Binnen Systeemgerichte gezinscoaching staat de gezinscoach model en oefent hij/zij met de gezinsleden de benodigde vaardigheden in verschillende situaties.

2. Uitgangspunten

Een belangrijk middel voor de gezinscoach om met het gezin tot verandering te komen, is het opbouwen van een werkalliantie (samenwerkingsrelatie) met de gezinsleden. Door negatieve ervaringen in het verleden is hun vertrouwen in instanties en hulpverleners vaak beschadigd. De gezinscoach werkt actief aan deze werkalliantie vanuit een basishouding waarin hij/zij hoop en vertrouwen uitstraalt en gelooft in de mogelijkheden van de gezinsleden.

In het eerste contact geeft de gezinscoach duidelijk aan wat het gezin van Systeemgerichte gezinscoaching kan verwachten. Ook is het essentieel dat de gezinscoach toestemming vraagt om zich te bemoeien met de problemen die binnen het gezin spelen, vanuit het principe 'eerst invoegen, toestemming krijgen, dan toevoegen'. De gezinscoach

stimuleert de gezinsleden om hulp te vragen en hulp te aanvaarden. Ook werken ze samen aan het versterken en uitbreiden van hun sociale netwerk. De relatie tussen de gezinscoach en de gezinsleden staat hierbij model. De gezinscoach doet voor, instrueert, oefent met het gezin en geeft positieve bekrachtiging. De gezinscoach gaat aandachtig, geduldig en vasthoudend te werk. Hij/zij toont interesse in de gezinsleden, kijkt met een brede, systemische blik, biedt praktische hulp, is gericht op samenwerking met de gezinsleden en handelt transparant.

In de ondersteuning reflecteert de gezinscoach voortdurend op zijn/haar eigen handelen. Ook bespreekt hij/zij dit handelen met de gezinsleden en vraagt hij/zij toestemming voor het delen van informatie (bijvoorbeeld met betrokken instanties of naasten). Alleen wanneer de veiligheid van een van de gezinsleden in het geding is, is deze toestemming niet noodzakelijk.

3. Doel

Bij Systeemgerichte gezinscoaching zijn er doelen voor zowel de kinderen als de ouders.

Kinderen

Het doel is dat de kinderen zich door een verbeterd gezinsfunctioneren kunnen ontwikkelen op een manier die past bij hun leeftijd en eventuele beperking of problematiek. Het verbeterde gezinsfunctioneren bestaat eruit dat de ouders hun kinderen veiligheid bieden en hen 'goed genoeg' opvoeden. Dit moet er onder meer in resulteren dat de kinderen (weer) naar school of dagbesteding gaan, daar voldoende presteren en dat ze vriendjes/vriendinnetjes, een vrijetijdsbesteding en een stabiele relatie met hun ouders, broers, zussen en andere familieleden en volwassenen hebben.

Opvoedvaardigheden ouders

Het eerste doel voor de ouders is het verbeteren van hun opvoedvaardigheden. Ze:

- bieden een fysiek veilige omgeving.
- bieden adequate verzorging (zorg voor gezondheid en lichamelijk welbevinden, onderdak, kleding, voeding en persoonlijke spulletjes).
- geven aandacht, affectie, complimenten en delen plezier met hun kinderen.
- tonen interesse in hun kinderen en nemen hen serieus.
- bieden stabiliteit en een flexibele opvoedingsstructuur (regelmaat, grenzen en regels, stimulering, controle en ruimte).

- handelen sensitief: ze kijken naar hun kinderen, geven betekenis aan hun gedrag, kunnen duiden wat er met hen aan de hand is en reageren adequaat (nemen bijvoorbeeld de kinderen op schoot als ze verdrietig of bang zijn).
- laten adequaat voorbeeldgedrag zien.
- bieden continuïteit en stabiliteit.

Bijkomende problematiek ouders

Het tweede doel is dat de ouders minder stress ervaren doordat bijkomende problemen op orde zijn gebracht. Bijvoorbeeld:

- De inkomsten en uitgaven zijn in balans.
- Zo nodig is bewindvoering aangesteld of een regeling voor de afbetaling van schulden afgesloten.
- De ouders krijgen hulp/behandeling voor hun eigen (psychische) problemen.
- Er is huisvesting geregeld en andere praktische problemen zijn opgelost of gestabiliseerd.
- De ouders vragen en aanvaarden hulp van anderen.
- Er is een steunend netwerk voor het gezin.

4. Systematische werkwijze

De interventiefase van Systeemgerichte gezinscoaching duurt gemiddeld twaalf maanden en bestaat uit drie fasen:

1) Start en gezinstaxatie (drie maanden)
   De interventiefase begint met een gezinstaxatie. Deze bestaat, naast het verzamelen en raadplegen van dossierinformatie, uit gesprekken met de gezinsleden en mensen die enigerwijs bij hen zijn betrokken. In dit stadium wordt onder meer gebruikgemaakt van een genogram, sociogram en observatielijsten. Op basis van de taxatie stellen het gezin en de gezinscoach samen doelen op, waarvan de gezinsleden eigenaar worden.
2) Werken aan verandering (zeven maanden)
   In de tweede fase stellen het gezin en de gezinscoach samen een veiligheidsplan voor de kinderen op en werken ze samen aan de doelen die ze in de eerste fase hebben bepaald. De gezinscoach maakt in dit stadium onder meer gebruik van circulair bevragen, psycho-educatie, oplossingsgerichte technieken en copingtechnieken.

3) Vaststellen resultaten en afronding (twee maanden)
In de derde fase werken het gezin en de gezinscoach samen aan het afbouwen en afsluiten van de intensieve ondersteuning. Ze stellen vast wat in de voorgaande maanden is bereikt en maken een ‘terugvalplan’.

Gedurende de interventie is de gezinscoach zes uur per week beschikbaar voor het gezin. Hiervan besteedt hij/zij twee tot vier uur aan direct contact met de gezinsleden en twee uur aan contacten rondom het gezin, zoals overleg met betrokken instanties en zorgprofessionals. Na de interventiefase volgt langdurige, maar minder intensieve betrokkenheid van de gezinscoach bij het gezin om terugval te voorkomen en te monitoren of de opvoedsituatie ‘goed genoeg’ is. In dit stadium hebben het gezin en de gezinscoach eens in de twee tot vier weken contact. Zo nodig kan de interventie opnieuw worden ingezet.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* Er wordt gewerkt volgens de PDCA-cyclus: er wordt gestart met de gezinstaxatie + analyse (= plan), dan worden samen met de gezinsleden doelen vastgesteld en wordt hieraan gewerkt (= do). De doelen worden, na een intensieve periode van werken, geëvalueerd (= check). Op basis van de uitkomsten wordt een ‘terugvalplan’ gemaakt (= act). Eventueel kan de gezinscoach nog een periode (in beperktere mate) betrokken blijven bij het gezin om de behaalde resultaten vast te houden en terugval te voorkomen.

5. Doorlopende manier van handelen

Na de interventiefase van twaalf maanden blijft de gezinscoach langdurig, maar minder intensief betrokken bij het gezin (vinger-aan-de-pols-zorg). Zo nodig kan de ondersteuning opnieuw worden geïntensiveerd om systematisch aan bepaalde doelen te werken.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Systeemgerichte gezinscoaching.

Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Systeemgerichte gezinscoaching is beschreven in een handleiding voor gezinscoaches (Van der Steege, 2017). Bij deze handleiding zijn praktische hulpmiddelen beschikbaar. De handleiding en hulpmiddelen zijn echter niet openbaar vindbaar.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Voor begeleiders en ambulante hulpverleners die werken met gezinnen met ouders met LVB is er een tiendaagse scholing Systeemgerichte gezinscoaching. Beschikbaar: scholing.skjeugd.nl/opleidingen/systeemgerichte-gezinscoaching
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholing is voor 64 registerpunten geaccrediteerd door Stichting Kwaliteitsregister Jeugd.
Benodigde inzet per cliënt	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* 6 uur per week per gezin gedurende 12 maanden tijdens de interventiefase; daarna langdurig 1 x per 2 tot 4 weken tijdens de onderhoudsfase

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Systeemgerichte gezinscoaching, waarna de resultaten in de tekst verder worden toegelicht.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Systeemgerichte gezinscoaching

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op de systeemtheorie (Von Bertalanffy, 1974).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling is beschreven in *Goed genoeg opvoederschap: handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking* (De Jong et al., 2014).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In een masterscriptie werd een procesevaluatie van Systeemgerichte gezinscoaching uitgevoerd op basis van exploratief onderzoek (dossieronderzoek en focusgroepen) (Mol, 2017). De dossieranalyse wijst er qua effectiviteit op dat "elk afzonderlijk doel van Systeemgerichte gezinscoaching in meer dan de helft van de gezinnen is behaald bij beëindiging van de ondersteuning."

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In het scriptieonderzoek van Mol (2017) zijn aanvullend twee focusgroepen gehouden om de resultaten van het dossieronderzoek te verifiëren en te evalueren met de gezinscoaches. De bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek worden veelal bevestigd.

7.1. Theoretische onderbouwing

De theoretische onderbouwing van Systeemgerichte gezinscoaching is gebaseerd op de systeemtheorie (Von Bertalanffy, 1974). De ontwikkeling is beschreven in *Goed genoeg opvoederschap. Handreiking voor ondersteuning van ouders met VB* (De Jong et al., 2014).

7.2. Ontwikkeling

Amerpoort werkt sinds 2016 aan de doorontwikkeling en onderbouwing van Systeemgerichte gezinscoaching. Het resultaat is een handleiding met bijbehorende hulpmiddelen voor gezinscoaches (Van der Steege, 2017). Deze handleiding is niet openbaar beschikbaar. De doorontwikkeling heeft geleid tot een implementatietraject: training met hernieuwde inzichten voor gezinscoaches, aandacht voor de borging door het realiseren van randvoorwaarden (rol van de manager) en bijstelling van de tiendaagse leergang voor gezinscoaches.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er zijn geen peerreviewed publicaties gevonden over Systeemgerichte gezinscoaching. Wel hebben twee studenten van de Universiteit Utrecht elk een masterscriptie over de begeleidingsmethodiek geschreven. Het eerste onderzoek betreft een procesevaluatie op basis van exploratief onderzoek (dossieronderzoek en focusgroepen) (Mol, 2017). De dossieranalyse wijst erop dat "elk afzonderlijk doel van Systeemgerichte gezinscoaching in meer dan de helft van de gezinnen is behaald bij beëindiging van de ondersteuning." Subdoelen die vaak behaald bleken te worden, zijn onder andere het verminderen van stress bij ouders (88%) en het op orde brengen van de financiën (75%). Dit onderzoek geeft inzicht in de eerste aanwijzingen voor effectiviteit van de Systeemgerichte gezinscoaching.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In het scriptieonderzoek van Mol (2017) zijn aanvullend op het dossieronderzoek twee focusgroepen gehouden om de resultaten van het dossieronderzoek te verifiëren en te evalueren met de gezinscoaches. In de focusgroepen werden de kwantitatieve resultaten grotendeels bevestigd en aangevuld door de gezinscoaches.

In de tweede masterscriptie (Veenstra, 2020) is met kwantitatieve en kwalitatieve methoden (mixed-methods) getracht een eerste indicatie te krijgen van de behandelintegriteit van Systeemgerichte gezinscoaching binnen Amerpoort. Hiervoor is onder

andere gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met zowel gezinscoaches (N=4) als gedragsdeskundigen (N=7). Naast de behandelintegriteit en implementatie bij medewerkers, is de werkzaamheid van de begeleidingsmethodiek niet onderzocht.

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt hieronder ook het (voorlopige) oordeel vermeld van de twee databanken waarin Systeemgerichte gezinscoaching is opgenomen.

Databank	Databank effectieve jeugdinterventies (Nederlands Jeugdinstituut) Databank erkende interventies voor de langdurige zorg (Vilans)
Erkenningscommissie	Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie
Oordeel	Goed onderbouwd (juni 2019)
Toelichting	"De commissie vindt Systeemgerichte gezinscoaching een sympathieke interventie voor een kwetsbare doelgroep. De beschrijving van de interventie is fijn om te lezen en qua uitvoerbaarheid en onderbouwing overtuigend" (Databank effectieve jeugdinterventies, z.d.). In de Databank erkende interventies (Vilans) wordt Systeemgerichte gezinscoaching ook als Goed onderbouwd bestempeld (Databank erkende interventies, z.d.). Hierbij wordt doorverwezen naar het oordeel van de Databank effectieve jeugdinterventies (Nederlands Jeugdinstituut). Er is geen aparte beoordeling gevonden.
Webpagina	www.nji.nl/interventies/systeemgerichte-gezinscoaching
Beschrijvend rapport	Van der Steege (2019)

Bronnen over Systeemgerichte gezinscoaching

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Van der Steege, M., De Veld, D. & Zoon, M. (2020). *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen & Nederlands jeugdinstituut (herziene versie).

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

De Jong, A., Stremmelaar, B. & Looij, J. (2014). *Goed genoeg opvoederschap. Handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking*. Amerpoort.

Van der Steege, M. (2019). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving Systeemgerichte gezinscoaching.* Nederlands Jeugdinstituut.

Scripties

Mol, A. (2017). *Ondersteuning voor ouders met een licht verstandelijke beperking. Een procesevaluatie naar de effectiviteit van Systeemgerichte Gezinscoaching*. Universiteit Utrecht.

Veenstra, E. A. (2020). *Behandelintegriteit van Systeemgerichte gezinscoaching*. Universiteit Utrecht.

Webpagina's

Amerpoort. (z.d.). *Gezinscoaching*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.amerpoort.nl/zorgaanbod/ondersteuning-thuis/gezinscoaching.

Databank effectieve jeugdinterventies (z.d.). *Systeemgerichte gezinscoaching*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.nji.nl/interventies/systeemgerichte-gezinscoaching.

Databank erkende interventies (z.d.). *Systeemgerichte gezinscoach*. Vilans. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-systeemgerichte-gezinscoach.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Systeemgerichte gezinscoaching)

Von Bertalanffy, L. (1974). General Systems Theory and Psychiatry. In S. Arieti (red.), *American Handbook of Psychiatry* (2e druk, volume 1). Basic Books.

4.2.6. Vergelijking begeleidingsmethodieken LVB

Op basis van de openbare bronnen zijn drie begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met LVB, te weten: Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM), Competentiegericht begeleiden en Op Eigen Benen. Daarnaast zijn twee begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor gezinnen met een of beide ouders met LVB, te weten: HouVast-w en Systeemgerichte gezinscoaching. Op de voorgaande pagina's zijn deze vijf begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing. Welke methodiek komt als beste uit de bus?

LVB

De drie begeleidingsmethodieken voor LVB (niet specifiek voor gezinnen) kunnen naast elkaar worden gelegd en verder worden vergeleken met begeleidingsmethodieken voor alle niveaus van VB (VB algemeen). In de onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor LVB

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Begeleid Ontdekkend Leren – Eigen Initiatief Model (BOL EIM)	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 proefschrift • 3 boeken
Competen-tiegericht begeleiden	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	*Nederland/Vlaanderen* • 3 boeken • 1 artikel/verslag zonder peerreview • 2 scripties

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Op Eigen Benen	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: geen	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: geen	*Nederland/Vlaanderen* • 1 wetenschappelijk artikel • 2 boeken • 1 artikel/verslag zonder peerreview

Uit bovenstaande tabel blijkt BOL EIM qua onderbouwing net iets beter uit de bus te komen met aanwijzingen voor een matige werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek, maar het houdt niet over. Bij het kiezen voor een begeleidingsmethodiek voor de doelgroep LVB moet niet vergeten worden ook de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen mee te nemen, aangezien deze ook voor mensen met LVB geschikt kunnen zijn. De vergelijkingstabel uit hoofdstuk 4.1 is hieronder nogmaals weergegeven. Daaruit blijkt dat Active Support qua onderbouwing als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Ook de hoeveelheid openbare bronnen met onderzoeksresultaten is veruit het grootst voor Active Support.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor VB algemeen

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Active Support	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland/Vlaanderen* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 scriptie • 3 boeken *Buitenland* • 45 wetenschappelijke artikelen • 6 boeken
De Curve	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek
Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek • 1 artikel zonder peerreview

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Oplossingsgericht werken (LVB, MVB)	Nee	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Gecombineerd voor Oplossingsgericht werken en coachen *Nederland/Vlaanderen* • 4 wetenschappelijke artikelen • 1 proefschrift • 5 boeken • 2 artikelen zonder peerreview • 1 samenvattend document • 3 scripties
Oplossingsgericht coachen (MVB, EVB, ZEVB)	Nee	Ja, controleerbaar	Afwezig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	

Gezinnen met LVB

Voor gezinnen waarbij een of beide ouders LVB hebben zijn twee specifieke begeleidingsmethodieken gevonden. HouVast-w en Systeemgerichte gezinscoaching kunnen met elkaar worden vergeleken.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor gezinnen met LVB

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
HouVast-w	Ja	Ja, controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 wetenschappelijk artikel • 2 samenvattende rapporten
Systeemgerichte gezinscoaching	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek • 2 scripties

Bovenstaande tabel wijst erop dat Systeemgerichte gezinscoaching qua onderbouwing net iets beter uit de bus komt met indicaties voor matige werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Dit is echter gebaseerd op slechts één mixed-methods scriptieonderzoek.

4.3. Matige verstandelijke beperking (MVB)

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met MVB (figuur 4.3.1). Uit het onderzoek zijn echter geen begeleidingsmethodieken naar voren gekomen die specifiek gericht zijn op mensen MVB.



Figuur 4.3.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Door het gebrek aan specifieke begeleidingsmethodieken voor mensen met MVB is het voor deze doelgroep raadzaam om een begeleidingsmethodiek in te zetten die gericht is op VB in de brede zin. Hierbij kan een keuze gemaakt worden uit vier begeleidingsmethodieken (hoofdstuk 4.1) die zijn ontwikkeld en onderzocht voor het gehele spectrum van lichte, matige, ernstige en zeer ernstige VB (VB algemeen). Hierbij moet worden opgemerkt dat mensen met MVB expliciet genoemd worden in bronnen van Active Support, het EMK en Oplossingsgericht werken. De ontwikkelaars van De Curve daarentegen spreken over mensen met VB en specificeren niet expliciet dat dit ook voor mensen met MVB geldt.

Kiezen voor een begeleidingsmethodiek die voor het gehele spectrum van mensen met VB is ontwikkeld en onderzocht, geniet de voorkeur boven het inzetten van een begeleidingsmethodiek die alleen ontwikkeld en onderzocht is voor een andere specifieke doelgroep zoals LVB of EV(M)B. Immers, als een begeleidingsmethodiek alleen is onderzocht bij mensen met EV(M)B geven die onderzoeksresultaten geen uitsluitsel over eventuele effectiviteit bij mensen met MVB. Van de begeleidingsmethodieken voor alle niveaus van VB blijken er voor Active Support aanwijzingen te zijn voor sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek bij het gehele spectrum, dus inclusief MVB.

4.4. Ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperking (EV(M)B)

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met EV(M)B (figuur 4.4.1). Hiervoor zijn zes begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen: Dementia Care Mapping (DCM), LACCS, Meer Mens, Perspectief, Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct) en Vijf olifanten. DCM (beschreven in hoofdstuk 5.2.2), Perspectief (hoofdstuk 4.5.1) en PAct (hoofdstuk 4.5.2) zijn ook bedoeld voor mensen met ZEVMB.



Figuur 4.4.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts). EVB en EVMB wordt ook wel samen genomen als EV(M)B.

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (4.4.4) een vergelijking gepresenteerd tussen de zes begeleidingsmethodieken. Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken.

Naast deze specifieke begeleidingsmethodieken voor EV(M)B kunnen ook de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen (hoofdstuk 4.1) ingezet worden voor deze doelgroep. In de keuze voor een begeleidingsmethodiek is het aan zorginstellingen om af te wegen of gekozen wordt voor een begeleidingsmethodiek die zich specifiek richt op één doelgroep (hier: EV(M)B) of voor een bredere methodiek die over het gehele spectrum van mate van VB toe te passen is. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan

gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
EV(M)B	6	Dementia Care Mapping (DCM)	5.2.2, pagina 280
		LACCS	4.4.1, pagina 177
		Meer Mens	4.4.2, pagina 188
		Perspectief	4.5.1, pagina 211
		Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct)	4.5.2, pagina 223
		Vijf olifanten	4.4.3, pagina 196

4.4.1. LACCS

Overzicht	
Ontwikkelaars	Karin de Geeter, orthopedagoog Kirsten Munsterman, gezondheidszorgpsycholoog
Organisatie	De Geeter & Munsterman Orthopedagogen
Website	www.laccsprogramma.nl
Jaar van ontwikkeling	Niet bekend
Jaar van laatste actualisering	2023: lancering Waardentools
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☒ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* LACCS is ontwikkeld voor mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EVMB). In enkele van de LACCS-trainingen is sprake van de doelgroepen EVMB en MVB. In een van de onderzoeken naar LACCS wordt de cliëntgroep aangeduid met EMB.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Het doel van LACCS is het realiseren van een goed leven voor mensen met EVMB. Dit geldt de hele dag door, dus zowel bij wonen als bij werk/dagbesteding. In de onderzoeken naar LACCS wordt de zorgvorm niet gespecificeerd.

Algemene beschrijving

Bij LACCS staat een goed leven voor mensen met EVMB centraal. De letters LACCS staan voor vijf aandachtsgebieden:

1) Lichamelijk welzijn
2) Alertheid
3) Contact
4) Communicatie
5) Stimulerende tijdsbesteding

De begeleidingsmethodiek is geïnspireerd op het ontwikkelingsdenken, dat ervan uitgaat dat alle mensen zich kunnen ontwikkelen, ook mensen met een beperking. De methodiek werkt vanuit ontwikkelingsfasen die enigszins afwijken van de doorgaans gebruikte fasen van Anton Došen (Došen & Day, 2002). Binnen LACCS wordt gekeken hoe de cliënt zijn omgeving waarneemt en hoe hij/zij erop reageert. Hierbij worden drie ontwikkelingsfasen onderscheiden:

- Sensatiefase: fase van zintuigelijke waarneming. Voelen, horen, proeven, zien, ruiken, zonder hier verwachtingen aan te kunnen koppelen. De cliënt beleeft het moment.
- Klikfase: fase waarin het verband tussen gebeurtenissen begrepen kan worden. De cliënt 'klikt' als het ware gebeurtenissen aan elkaar. Als dit… dan dat. De cliënt kan routines herkennen.
- Begrijpfase: fase waarin de cliënt niet alleen weet dat dingen op een bepaalde manier gaan (routines), maar ook weet waarom dat zo is. Inzicht en begrijpen horen bij deze fase. De cliënt kan zijn/haar gedrag bewust afstemmen op een situatie en rekening houden met anderen of met de omstandigheden.

Met de ontwikkelingsfase van de cliënt als basis wordt naar de vijf LACCS-gebieden gekeken. Dit gebeurt tijdens het zogeheten goed-leven-gesprek, waaraan verwanten, begeleiders, therapeuten en de betrokken gedragskundige deelnemen. Aan de hand van een vragenlijst over de LACCS-gebieden ontstaat een compleet beeld van de cliënt en zijn/haar leven. Op basis daarvan wordt bepaald wat begeleiders kunnen doen om de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren.

LACCS voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Bij LACCS staat een goed leven voor mensen met EVMB centraal. Het gaat hierbij om het vervullen van 'normale' menselijke behoeften, zoals je gehoord en gezien voelen, contact en verbondenheid met anderen, lichamelijk welzijn, een goede balans tussen inspanning en ontspanning en goed kunnen slapen. Ieder mens wil betrokken zijn bij zijn/haar omgeving en heeft behoefte aan betekenisvolle, gevarieerde en uitdagende bezigheden. Ook wil (en kan) ieder mens zich ontwikkelen. Dit geldt ook voor mensen met EVMB. Mensen met EVMB kunnen vaak niet vertellen wat voor hen belangrijk

is en hoe goed of niet goed hun leven is. Voor hun kwaliteit van leven zijn ze volledig afhankelijk van anderen, zoals ouders of begeleiders. Samen kunnen deze anderen een belangrijke bijdrage leveren aan een goed leven voor de cliënt (De Geeter & Munsterman, 2017).

2. Uitgangspunten

Het uitgangspunt van de methodiek is dat aan de LACCS-voorwaarden moet worden voldaan. Hiermee wordt bedoeld dat het ten aanzien van de cliënt op vijf verschillende gebieden (die allemaal gaan over menselijke behoeften) 'voor elkaar' moet zijn (Schuurman & De Geeter, 2015).

1) Lichamelijk welbevinden: voldoende conditie (bewegen), goed gevoed, verzorgd, adequate behandeling (ook medicatie)
2) Alertheid: aandacht kunnen richten, rusten en herstellen, dag-nachtritme, veilig en ontspannen kunnen zijn
3) Contact: verbonden zijn, aandacht krijgen, nabijheid ervaren, geliefd zijn, gekoesterd worden, betekenis hebben voor anderen
4) Communicatie: begrepen worden, anderen begrijpen, balans tussen invloed en begrenzing
5) Stimulerende tijdsbesteding: betekenisvolle bezigheden, uitgedaagd worden (leren), betrokken zijn, mogen exploreren en experimenteren

Verdere uitgangspunten zijn:

- De cliënt staat altijd centraal.
- Er wordt uitgegaan van het ontwikkelingsdenken: ook mensen met een ernstige verstandelijke en meervoudige beperking kunnen zich ontwikkelen.
- Alle betrokkenen rondom de cliënt hebben een stimulerende basishouding.
- De behoeften van de cliënt worden vastgesteld door middel van het bespreken van de LACCS-waarden; deze geven richting en houvast.
- Er wordt methodisch gewerkt.
- Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken.

3. Doel

Het doel van LACCS is de cliënt een goed leven te bieden en begeleiders en andere naaste betrokkenen handvatten aan te reiken om dit goede leven samen vorm te geven.

4. Systematische werkwijze

LACCS wordt visueel weergegeven als een huis. Een goed leven vormt het fundament van het huis. Op dit fundament rusten drie kamers:

- LACCS-waarden
- Ontwikkelingsdenken
- LACCS-gebieden

Binnen de drie kamers moet afstemming plaatsvinden met alle betrokkenen rondom de cliënt. In de eerste kamer wordt afstemming gezocht met betrekking tot de LACCS-waarden, die richting geven voor de behoeften van de cliënt. De tweede kamer is gericht op het ontwikkelingsdenken: hoe beleeft de cliënt de wereld om zich heen? De derde kamer is gevuld met deskundigheid en kennis over de vijf LACCS-gebieden. Het dak van het huis bestaat uit methodisch werken en houdt de drie kamers bij elkaar (De Geeter & Munsterman, 2017).

Binnen LACCS spelen verschillende gesprekken een belangrijke rol:

Ontwikkelingsfasengesprek

In het ontwikkelingsfasengesprek worden vragen beantwoord zoals:

- In welke ontwikkelingsfase(n) zit de cliënt en waaraan kun je dat zien?
- Wat mag je van de cliënt verwachten? Wat kun je van hem/haar vragen?
- Welke uitschieters heeft hij/zij naar boven? En naar beneden?
- Onder welke omstandigheden functioneert de cliënt het beste? Wanneer zakt hij/zij terug naar een eerdere ontwikkelingsfase?

LACCS-proef en goed-leven-gesprek

In de jaarlijks af te nemen proef worden de vijf LACCS-gebieden nagelopen en wordt aan elk gebied een cijfer toegekend om aan te geven in hoeverre aan de LACCS-waarden wordt voldaan en op welke vlakken verbeteringen nodig zijn. Tijdens de proef of naar aanleiding van de uitkomsten wordt een goed-leven-gesprek gevoerd met belangrijke mensen rondom de cliënt: verwanten, begeleiders, therapeuten en de betrokken gedragskundige. Ieders inbreng is hierbij van belang.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij LACCS is wel sprake van een methodische, cyclische werkwijze: er wordt gewerkt met uitvoerige beeldvorming over de cliënt, perspectief, doelen (= plan) en activiteiten om deze te bereiken (= do). Jaarlijkse evaluatie (= check) en bijstelling (= act) middels de LACCS-proef en het goed-leven-gesprek zijn hierbij belangrijk.

Vijf Olifanten

Voor het LACCS-gebied Contact is een specifieke begeleidingsmethodiek ontwikkeld: Vijf Olifanten, dat zich richt op het aangaan van contact met cliënten met EVMB (hoofdstuk 4.4.4).

5. Doorlopende manier van handelen

Mensen met EVMB hebben gedurende hun hele leven op alle levensgebieden ondersteuning nodig. Door menselijk contact centraal te stellen wordt doorlopend ingespeeld op de behoeften van de cliënt. In elke ontwikkelingsfase (van lage sensatiefase tot hoge klikfase) is gerichte stimulering van belang. Steeds opnieuw wordt de beeldvorming bepaald door dat wat de cliënt laat zien en worden doelen en activiteiten hierop afgestemd. Er is geen sprake van een eindpunt; het is een doorlopend proces.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Enkele hulpmiddelen zijn gratis te downloaden van de website (www.laccsprogramma.nl/gratis-downloads). Andere zijn tegen betaling verkrijgbaar in de webshop (webshop.degeeterenmunsterman.nl). Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van LACCS.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (De Geeter & Munsterman, 2017) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over LACCS.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee

	Toelichting: Er is geen concreet implementatieplan beschikbaar. Wel is er een gratis te downloaden formulier voor de LACCS-analyse, waarmee in kaart kan worden gebracht hoe 'LACCS-proof' een zorginstelling is en op welke gebieden nog specifieke aandacht nodig is (www.laccsprogramma.nl/images/downloads/LACCS-analyse-DEFINITIEF.pdf).
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zijn verschillende trainingen over LACCS (en onderdelen daarvan). Beschikbaar: webshop.degeeterenmunsterman.nl/cursusaanbod. • Vier- of vijfdaagse incompany basistraining LACCS-programma: voor begeleiders, leerkrachten, onderwijsassistenten, therapeuten, gedragskundigen en leidinggevenden. • Elfdaagse training LACCS in de praktijk voor mbo'ers: voor onderwijsassistenten en (assistent)begeleiders. • Twintigdaagse post-hbo-training Ondersteuning en onderwijs aan kinderen en volwassenen met EVMB (a.d.h.v. LACCS): voor leerkrachten, persoonlijk begeleiders en andere hbo-geschoolden. Looptijd één jaar, verdeeld in drie blokken. • Negendaagse training Zorg en onderwijs voor mensen met EVMB en MVB (a.d.h.v. LACCS) voor gedragskundigen. • Vierdaagse training LACCS voor (para)medici en vaktherapeuten. • Tweedaagse LACCS-training voor managers, beleidsmakers en opleidingsfunctionarissen. • Vierdaagse (geaccrediteerde) training Vijf olifanten, methode voor contact-coaching: voor logopedisten, gedragskundigen en contact-coaches. • Vierdaagse verdiepingscursus Alertheid en informatieverwerking: voor begeleiders en gedragskundigen. • Vierdaagse verdiepingscursus Werk maken van stimulering: voor LACCS-opgeleide begeleiders en gedragskundigen. • Driedaagse training Begeleiden van een ontwikkelingsfasengesprek, werken met de Blikopener: voor LACCS-opgeleide begeleiders en gedragskundigen. Geaccrediteerd voor psychologen en orthopedagogen. • Webinar LACCS-kwartet: vier webinars van een uur voor professionals die kennis hebben van LACCS. • Webinar LACCS-wip over gebruik van deze tool voor professionals die kennis hebben van LACCS. • Eendaagse workshop Waardentools. Na de scholing dient coaching op de werkvloer plaats te vinden. Ook moeten medewerkers op de juiste wijze worden aangestuurd. In het traject na de scholing spelen gedragsdeskundigen, leidinggevende en managers een belangrijke rol. Zij worden als sleutelfiguren voor het 'verLACCSen' gezien.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing

	Toelichting: De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel en 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor LACCS. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De ontwikkelaars van LACCS geven aan dat ze zich hebben zich laten inspireren en beïnvloeden door diverse wetenschappers en mensen met wie ze hebben samengewerkt, zoals ouders van cliënten en professionals.

Inspiratiebronnen voor de (door)ontwikkeling van de methodiek:

- De domeinen van kwaliteit van bestaan van Robert Schalock (2008). De ontwikkelaars hebben de domeinen 'vertaald' naar de vijf LACCS-gebieden en bijbehorende waarden, omdat niet alle domeinen van Schalock aansluiten bij cliënten met EVMB.
- De ervaringsordening van Dorothea Timmers-Huigens (2005). Deze theorie werd door de ontwikkelaars steeds vaker anders gebruikt dan oorspronkelijk bedoeld. Ze gingen steeds meer uit van fasen in de ontwikkeling, wat leidde tot het ontwikkelingsdenken. Dit werd mede beïnvloed door neurologische opvattingen (Huglings Jackson) en communicatietheorieën.
- Op het gebied van de emotionele ontwikkeling was Anton Došen een grote inspiratiebron. Dit komt terug in het ontwikkelingsdenken en de aandacht voor het emotionele niveau van de cliënt (Claes et al., 2011).

Predicaat begeleidingsmethodiek: LACCS

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?
☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Wetenschappelijke inspiratiebronnen, onder andere Schalock, Timmers-Huigens en Došen.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?
☐ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☑ Nee

Toelichting: Ondanks theoretische onderbouwing is de ontwikkeling van de methodiek niet beschreven in openbare bronnen.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☑ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Uit zeven N=1-studies bleek een positief effect op het leven van mensen met ernstige meervoudige beperkingen (Schuurman, 2017).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☑ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Werken volgens LACCS blijkt vooral te betekenen dat begeleiders zich bewuster zijn van het eigen handelen op basis van het gedrag van de cliënt, waardoor ze beter contact maken, aansluiten en cliëntgerichter werken (Landsman et al., 2020).

- Elementen van het Opvoedingsprogramma van Carla Vlaskamp (2005), nu Perspectief geheten, zijn in LACCS terug te vinden, zoals methodisch werken, doelen stellen, afwegingen en afspraken maken.
- Triple-C (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015) was een inspiratiebron omdat het, net als LACCS, de normale menselijke behoeften centraal stelt.

Er is niet beschreven in hoeverre en op welke manier bovengenoemde theorieën en methodieken in LACCS zijn verwerkt.

7.2. Ontwikkeling

De ontwikkeling van LACCS en de verschillende LACCS-hulpmiddelen is niet beschreven.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

In 2016 zijn bij verschillende zorginstellingen zeven N=1-studies uitgevoerd bij cliënten met ernstig meervoudige beperkingen die middels LACCS werden ondersteund (Schuurman et al., 2017). Het betrof vier vrouwen en drie mannen (9-59 jaar). Van iedere cliënt werd beschreven hoe het hem/haar gedurende zes maanden verging. Vooraf en achteraf werd de ‘mate van een goed leven’ bepaald, tussentijds werd schriftelijk bijgehouden wat er gebeurde. Na afloop werd voor de LACCS-gebieden aangegeven in hoeverre veranderingen hadden plaatsgevonden. Hieruit bleek dat met LACCS breder werd gekeken naar de cliënt en zijn/haar ondersteuning: niet alleen naar medische aspecten, maar ook naar contact, alertheid, communicatie en stimulerende tijdsbesteding. De begeleidingsmethodiek bood voor organisaties ook meerwaarde door een gemeenschappelijk referentiekader en gemeenschappelijke taal. Specifieke meerwaarde werd gezien in de handvatten en hulpmiddelen van LACCS. Ook werd ervaren dat LACCS voor verdere professionalisering zorgt.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In 2020 is kwalitatief onderzocht hoe begeleiders in de praktijk vanuit LACCS werken (Landsman et al., 2020). Hierbij werden 34 begeleiders van vier zorginstellingen bevraagd middels semigestructureerde interviews. De interviews werden door begeleiders met een post-hbo-opleiding op het gebied van LACCS afgenomen bij begeleiders. Daarnaast werd een focusgroep gehouden met gedragskundigen, zorgmanagers, bege-

leiders die de interviews hebben afgenomen en leden van de projectgroep. De belangrijkste uitkomsten waren:

- Begeleiders waren zich door LACCS bewuster van hun eigen handelen op basis van het gedrag van cliënten. Door deze bewustwording konden zij beter aansluiten, cliëntgerichter werken en contact maken. Dat droeg bij aan een goed leven.
- De LACCS-waarden kwamen nog onvoldoende uit de verf.
- Scholing is een voorwaarde, zowel bij wonen als dagbesteding. Daarnaast zijn concrete afspraken ten aanzien van de implementatie een randvoorwaarde, evenals de samenwerking tussen begeleiders, gedragskundige en (zorg)manager.

7.5. Databank

LACCS blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over LACCS

Nederland

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Schuurman, M. (2017). De toepassing van LACCS in de zorg en ondersteuning aan mensen met ernstig meervoudige beperkingen: Resultaten van zeven N=1 studies. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *43*(2), 140–144.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

De Geeter, K. & Munsterman, K. (2017). *Koffie met een koekje, (is dat nou) een goed leven voor mensen met EVMB?* (2e druk). De Geeter en Munsterman Orthopedagogen.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Fokkens, A., Van Schijndel, M. & Landsman, J. (2020). *Dagelijkse invulling van het LACCS programma in de praktijk. Een kwalitatief onderzoek.* Universitair Medisch Centrum Groningen.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

De Geeter & Munsterman Orthopedagogen. (z.d.). *LACCS-programma: een goed leven voor iedereen met EVMB.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.laccsprogramma.nl.

Kennisplein Gehandicaptensector. (23 november 2020). *Methode LACCS.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennisplein gehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/een-goed-leven-voor-mensen-met-emb-praktijkonderzoek-laccs.

Overige referenties (niet over LACCS)

Claes, L., Declercq, K., De Neve, L., Jonckheere, B., Marrecau, J., Morisse, F., Ronsse, E. & Vangansbeke, T. (2011). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Uitgeverij Maklu.

Došen, A. & Day, K. (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation.* American Psychiatric Association Publishing

Schalock, R. L., Bonham, G. S. & Verdugo, M.A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning, 31*(2): 181-90. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001.

Schuurman, M. & De Geeter, K. (2015). *Bronnenboek van het project "Een instrument voor basiscontact tussen begeleiders en personen met ernstig meervoudige beperkingen."* Kalliope consult.

Timmers-Huigens, D. (2005). *Ervaringsordening: Mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap* (5e druk). Elsevier gezondheidszorg.

Van Wouwe, H. & Van de Weerd, D. (2015). *Het gewone leven ervaren. Triple-C in theorie en praktijk*. ASVZ.

Vlaskamp, C., Poppes, P. & Zijlstra, R. (2005). *Een programma van jezelf. Een opvoedingsprogramma voor kinderen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen.* Uitgeverij Van Gorcum.

4.4.2. Meer Mens

Overzicht	
Ontwikkelaar	Jacobien Erbrink, specialist ouderengeneeskunde
Organisatie	Prisma
Website	Meer Mens heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	2000
Jaar van laatste actualisering	2008: naslagwerk (Erbrink, 2008)
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☒ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Meer Mens is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met EVB, maar volgens de ontwikkelaars kan de methodiek ook worden toegepast bij andere doelgroepen. Ze geven aan dat uit praktijkervaringen blijkt dat Meer Mens ook een goede methodiek kan zijn om mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel beter te begrijpen en een beter (zorg)contact met hen aan te gaan. De ontwikkelaars onderscheiden drie doelgroepen: 1) mensen met EVB, 2) mensen met dementie en 3) mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van Meer Mens bij de drie doelgroepen.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Meer Mens kan volgens de ontwikkelaars worden ingezet bij wonen en werk/dagbesteding. De methodiek is ontwikkeld tijdens een zoektocht naar volwaardige, voltijdse dagbesteding voor mensen met een EVB. De praktijkvoorbeelden uit het naslagwerk betreffen situaties op woonlocaties. Naar de toepassing van Meer Mens is bij geen van de zorgvormen onderzoek gedaan.

Algemene beschrijving

Meer Mens kwam tot stand naar aanleiding van de zoektocht van zorginstelling Prisma naar een volwaardige, voltijdse dagbesteding om bij te dragen aan een betere kwaliteit van leven van cliënten met EVB. De methodiek is gebaseerd op de theorie van de ervaringsordening (Timmers-Huigens, 2005), die inzicht geeft in hoe mensen omgaan met informatie die op hen af komt. In de ervaringsordening worden vier gebieden onder-

scheiden waarin ervaringen worden opgedaan en geordend. Deze hangen samen met de vier dimensies van het mens-zijn. Ze zijn altijd alle vier aanwezig en werken samen.

1) Lichaamsgebonden ordenen: van ervaringen die worden bepaald door lichamelijke sensaties. Centrale vraag: is mijn lichaam veilig?
2) Associatief ordenen: van ervaringen die informatie geven over iemands directe omgeving. Centrale vraag: is mijn omgeving betrouwbaar?
3) Structurerend ordenen: van ervaringen die te maken hebben met de samenhang in de situatie. Centrale vraag: is de samenhang duidelijk voor mij?
4) Vormgevend ordenen: van ervaringen die te maken hebben met het eigen ik. Centrale vraag: mag ik mezelf zijn?

Meer Mens bestaat uit een stappenplan dat de theorie van de ervaringsordening en de praktijk met elkaar verbindt door begeleiders handvatten te bieden om de belevingswereld van de cliënt beter te begrijpen. Het stappenplan kent drie fasen (theorie, beeldvorming en implementatie), die op hun beurt uit verschillende stappen bestaan.

In de begeleidingsmethodiek staat het contact tussen de cliënt en begeleider centraal. Wanneer mensen contact met elkaar maken, hebben ze invloed op elkaar. Die wederzijdse invloed wordt ook coregulatie genoemd (Erbrink, 2008). Coregulatie is een belangrijk begrip binnen de ervaringsordening en binnen Meer Mens. Daarnaast zijn veiligheid, gedragsduiding en sensomotoriek belangrijke thema's. Meer Mens helpt begeleiders om een zorgaanbod samen te stellen dat past bij de individuele mogelijkheden en wensen van de cliënt. Het zorgcontact (de coregulatie) en het optimaliseren daarvan staan daarin centraal. Bij elk contact (hoe klein ook) is er sprake van coregulatie. Vanuit het inzicht in en begrip voor de manier waarop de cliënt zijn/haar ervaringen ordent, ontstaat een juiste afstemming (coregulatie van hoge kwaliteit) tussen de begeleider en cliënt, aldus de ontwikkelaars.

Meer Mens voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Mensen met EVB, dementie of niet-aangeboren hersenletsel kunnen gewone dagelijkse situaties niet altijd overzien of begrijpen. Ook kunnen ze dit vaak verbaal niet goed

uiten. Dit heeft tot gevolg dat ze situaties al snel als onveilig ervaren. Er is hulp van anderen nodig om hun leefwereld veilig en betrouwbaar te maken.

2. Uitgangspunten

Het uitgangpunt van Meer Mens is dat begeleiders door coregulatie en het creëren van veiligheid de kwaliteit van leven van de cliënt positief kunnen beïnvloeden. Uitgangspunten die hierbij gelden:

- De cliënt staat centraal.
- Contact is altijd gericht op signalen die de cliënt laat zien.
- Vaste patronen en voorspelbaarheid voor de cliënt creëren.
- Aandacht voor de eigen persoonlijkheid en identiteit van de cliënt.

3. Doel

Het uiteindelijke doel van de methodiek is dat de cliënt meer zichzelf (en daarmee meer mens) kan zijn, aldus de ontwikkelaars. Doelen die hiermee samengaan zijn dat de cliënt zich veiliger en meer op zijn/haar gemak voelt in zijn/haar omgeving en in het contact met begeleiders. Van belang is ook dat begeleiders betekenis kunnen geven aan het gedrag en signalen van de cliënt en minder handelingsverlegenheid ervaren. Tot slot draagt Meer Mens eraan bij dat binnen het begeleidingsteam (en met het netwerk) 'de neuzen dezelfde kant op staan' met betrekking tot de beeldvorming en ondersteuning van de cliënt.

4. Systematische werkwijze

Er wordt cyclisch gewerkt in drie fasen:

1) Theorie: In de eerste fase staat de theorie van de ervaringsordening met de vier ordeningsgebieden centraal. Ook is er veel aandacht voor coregulatie en sensomotoriek. Coregulatie gaat over het contact en de wisselwerking tussen de cliënt en begeleider. Voor begeleiders is het van belang zich bewust te zijn van hun rol en zich te verdiepen in de mogelijkheden van coregulatie. Bij sensomotoriek gaat het erom dat begeleiders weten hoe de cliënt met behulp van reuk, smaak, tast, zicht en gehoor ervaringen kan opdoen.
2) Beeldvorming: De tweede fase draait om beeldvorming, waarbij de stap wordt gemaakt van theorie naar praktijk. Dit gebeurt op drie manieren:

a) Profielschets: in kaart brengen van de ervaringsordening van de cliënt op verschillende gebieden (zoals motoriek, communicatie, zelfzorg, sociale vaardigheden, energieverdeling en stemming).
b) Veiligheid bepaalt vaak het gedrag van de cliënt en is een voorwaarde voor contact. Via een vragenlijst wordt in kaart gebracht welke mate van veiligheid de cliënt op verschillende gebieden ervaart en nodig heeft. Hiermee kan worden bepaald wat voor de cliënt een juiste benadering is en welke omgevingsfactoren hem/haar een gevoel van veiligheid kunnen geven.
c) Gedragsduiding: middels systematische observatie worden de signalen van de cliënt in drie categorieën in kaart gebracht: signalen van goedkeuring, signalen van afkeuring en neutrale signalen.

Deze tweede fase komt bij het werken met Meer Mens steeds terug omdat altijd moet worden gewerkt met een actueel beeld van de cliënt.

3) Implementatie: De derde fase is die van implementatie, waarbij op basis van de voorgaande twee stappen een perspectief, doelen en subdoelen voor de client worden bepaald en activiteiten, situaties en handelingen in zijn/haar dagelijks leven worden geïntroduceerd om hiernaartoe te werken.

De langetermijndoelen zijn onderverdeeld in:
- verbreding en verdieping
- stabilisering en behoud
- omgaan met afnemende mogelijkheden

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij Meer Mens is wel sprake van een methodische, cyclische werkwijze met uitvoerige beeldvorming over de cliënt, perspectief, doelen (= plan), passende activiteiten om toe te werken naar de doelen en het perspectief (= do), evaluaties (= check) en (zo nodig) bijstelling van de activiteiten, doelen en het perspectief (= act).

5. Doorlopende manier van handelen

De bovengenoemde stappen kunnen steeds opnieuw worden doorlopen. Zo ontstaat een cyclisch proces: de veranderde beeldvorming geeft aanleiding tot een nieuw perspectief, nieuwe doelen en bijbehorende activiteiten, situaties en handelingen. Rapportage en evaluatie zijn hierbij belangrijke onderdelen.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Meer Mens.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Erbrink, 2008) bevat zowel een korte theoretische beschrijving als veel praktische informatie over Meer Mens. Het is alleen nog tweedehands verkrijgbaar.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Een concreet implementatieplan is in de bronnen niet gevonden. Het naslagwerk geeft wel enige handvatten voor implementatie van de methodiek, waarbij een stapsgewijze aanpak een belangrijke rol speelt.
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☒ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Scholing is optioneel, maar wordt door de ontwikkelaars wel aanbevolen. Deelnemers van een scholing ontvangen ter verdieping een werkboek over Meer Mens, dat niet algemeen verkrijgbaar is. De volgende scholingen zijn beschikbaar (Prisma, z.d.): • Teamtraining/deskundigheidsbevordering Meer Mens: voor begeleiders, verwanten en het netwerk van de cliënt. • Train-de-trainer Meer Mens: voor zorgprofessionals die collega's trainen of coachen in het gebruik van de methodiek bij mensen met (ernstige) VB of niet-aangeboren hersenletsel. Academisch of hbo-denk- en werkniveau. • Train-de-trainer Meer Mens voor verpleeghuizen: voor zorgprofessionals die collega's trainen of coachen in het gebruik van de methodiek. • Training Ervaringsordening en co-regulatie: voor medewerkers die in de praktijk werkzaam zijn met mensen met EVB, dementie of niet-aangeboren hersenletsel. • Casemanagement Meer Mens: deze scholing richt zich op specifiek op het ondersteunen en adviseren van het cliëntsysteem wanneer de beeldvorming nog niet duidelijk is, de ondersteuningsvraag verduidelijkt moet worden of door een verandering in functioneren de ondersteuning niet meer aansluit op de hulpvraag.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing

Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel en 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Meer Mens. De resultaten worden in de tekst hieronder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Meer Mens is gebaseerd op de theorie van de ervaringsordening (Timmers-Huigens, 2005), die inzicht geeft in hoe mensen de informatie verwerken die op hen af komt. In de ervaringsordening worden vier gebieden onderscheiden waarin ervaringen worden opgedaan en geordend: 1) lichaamsgebonden ordenen, 2) associatief ordenen, 3) structurerend ordenen en 4) vorm gevend ordenen. Deze hangen samen met de vier dimensies van het mens-zijn. Ze zijn altijd alle vier aanwezig en werken samen. Timmers-Huigens ontwikkelde deze theorie naar aanleiding van haar werk in een instelling van voor mensen met VB eind jaren zestig, waar ze bemerkte dat begeleiders niet goed aansloten bij de beleving van cliënten en ze in bestaande theorieën en methoden geen antwoorden vond.

7.2. Ontwikkeling

De ontwikkeling van Meer Mens (of onderdelen hiervan) worden wel kort beschreven (Erbrink, 2008), maar alleen in praktische zin, zonder vermelding van referenties.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Meer Mens gevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Meer Mens gevonden.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Meer Mens

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

- ☑ Ja
- ☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op de theorie van de ervaringsordening (Timmers-Huijgen, 2005).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

- ☐ Ja, controleerbaar
- ☑ Ja, niet controleerbaar
- ☐ Nee

Toelichting: Naslagwerk bevat een korte beschrijving van de ontwikkeling, zonder vermelding van referenties (Erbrink, 2008).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Meer Mens.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Meer Mens.

7.5. Databank

Meer Mens blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Meer Mens

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Erbrink, J. (2008). *Meer Mens: Methodisch werken aan kwaliteit van leven*. Adriaan Heinen Uitgevers.

Vugts-de Groot, B. (2014). Meer Mens. In B. Twint & J. de Bruijn (red.), *Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden* (pp. 280–292). Boom uitgevers.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Prisma. (z.d.). *Meer Mens: zorg voor kwaliteit van leven*.

Webpagina's

Meer Mens zorgt dat je beter in contact komt met elkaar. (z.d.). Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.prismanet.nl/dit-is-prisma/onze-mensen/meer-mens.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Meer Mens)

Timmers-Huigens, D. (2005). *Ervaringsordening: Mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap* (5[e] druk). Elsevier gezondheidszorg.

Timmers-Huigens, D. (z.d.). *De theorie van ervaringsordening en verstandelijke beperkingen: Samenvatting*. TEO.

4.4.3. Vijf olifanten

Overzicht	
Ontwikkelaars	Karin de Geeter, orthopedagoog Kirsten Munsterman, gezondheidszorgpsycholoog Martin Schuurman, socioloog en onderzoeker
Organisatie	De Geeter & Munsterman Orthopedagogen
Website	www.vijfolifanten.nl
Jaar van ontwikkeling	2015: bronnenbroek en handleiding
Jaar van laatste actualisering	2017: herziene druk bronnenboek (De Geeter et al., 2017a) en handleiding (De Geeter et al., 2017b)
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☒ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Vijf olifanten richt zich specifiek op mensen met ernstige meervoudige beperkingen die in meer of mindere mate de volgende vier kenmerken hebben (De Geeter et al., 2017a): • Een ernstig VB: een IQ onder 35 of ontwikkelingsleeftijd onder 24 maanden. *(Dit roept enige onduidelijkheid op omdat een IQ < 35 zowel mensen met EVB als ZEVB betreft en een ontwikkelingsleeftijd < 24 maanden alleen mensen met ZEVB.)* • Niet of nauwelijks kunnen communiceren met woorden of gebaren of door (aan) te wijzen. • Ernstige motorische beperkingen, zoals quadriplegie (verlamde ledematen), spasticiteit, niet of nauwelijks kunnen voortbewegen, niet of nauwelijks kunnen kauwen en slikken (sondevoeding), afhankelijk zijn van een rolstoel en volledige verzorging door begeleiders of verwanten. • Vaak ernstige zintuiglijke beperkingen (visus, gehoor, reuk, tast, evenwicht) en prikkelverwerkingsstoornissen. • Veel of regelmatige gezondheidsproblemen. De ontwikkelaars gebruiken 'ernstige verstandelijke beperking' als verzamelnaam en bedoelen zowel mensen met een ontwikkelingsleeftijd van 2 tot 4 jaar als mensen met een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 2 jaar (De Geeter et al., 2017a). Volgens de landelijke definities betreft het dus mensen met EV(M)B en ZEVMB. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van Vijf olifanten bij beide doelgroepen.

Overzicht	
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☐ Wonen ☒ Niet (verder) gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* De ontwikkelaars hebben niet gespecificeerd bij welke zorgvormen Vijf olifanten kan worden ingezet. Aangezien de doelgroep volledig afhankelijk is van de zorg van anderen en contact daarin een belangrijke rol speelt, lijkt het aannemelijk dat de methodiek toepasbaar is bij zowel wonen als werk/dagbesteding.

Algemene beschrijving

Vijf olifanten is volgens de ontwikkelaars gericht op het verbeteren van het basiscontact tussen begeleiders en mensen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB). De naam verwijst naar een ezelsbrug die in de begeleidingsmethodiek wordt gebruikt om de cliënt de tijd te geven om te reageren: 'wachten tot vijf olifanten zijn langs gesjokt'. Vijf olifanten is onderdeel van de benadering 'een goed leven voor mensen met EMB' en werd ontwikkeld vanuit een literatuurstudie binnen het project *Een instrument voor basiscontact tussen begeleiders en personen met ernstig meervoudige beperkingen*.

In de beschrijving van Vijf olifanten in *De Grote Methodiekengids* wordt (Z)EVMB als korte weergave van de doelgroep aangehouden omdat Vijf olifanten zich volgens de ontwikkelaars richt op mensen met een ernstige of zeer ernstige VB en ernstige motorische, zintuigelijke en/of gezondheidsproblemen.

Vijf olifanten kan worden ingezet als specifiek handvat voor een beter contact tussen de begeleider en cliënt. Dit kan binnen de methodiek LACCS (hoofdstuk 4.4.1) en lijkt ook daarbuiten te kunnen, hoewel dit in de bronnen niet expliciet wordt aangegeven. Contact maken en onderhouden met mensen met (Z)EVMB gebeurt vaak intuïtief. Een onderlegde, bewuste benadering kan het contact verbeteren, ook in situaties die lastig verlopen. Coaching van begeleiders is hierbij belangrijk. Gedragskundigen, logopedisten en zeer ervaren begeleiders kunnen worden opgeleid tot contact-coach, zodat zij begeleiders intern kunnen coachen op het gebied van Vijf olifanten (De Geeter et al., 2017b). Videofeedback staat in de methodiek centraal. Samen met de contact-coach bekijken begeleiders video-opnamen van hun contact met cliënten en bespreken ze wat goed gaat en waar en hoe verbetering mogelijk is.

Vijf Olifanten voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hierna worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Mensen met (Z)EVMB hebben veel hulp van anderen nodig om een goed leven te kunnen leiden. Om de cliënt goed te ondersteunen bij een zo goed mogelijk leven is het belangrijk dat begeleiders aandacht hebben voor deze vijf (onderling sterk samenhangende) aspecten, die ook de vijf aandachtsgebieden vormen binnen de begeleidingsmethodiek LACCS:

1) Lichamelijk welbevinden
2) Alertheid (de aandacht op iets kunnen richten, informatie kunnen verwerken)
3) Contact (menselijke verbinding)
4) Communicatie (elkaar begrijpen)
5) Stimulerende tijdsbesteding (meedoen en kunnen leren)

Tijdens de verzorging hebben de begeleider en cliënt een natuurlijk contact en is er communicatie over en weer. Ondernemen ze samen een activiteit, dan spelen alertheid en informatieverwerking een grote rol. Hoewel alle vijf genoemde aspecten essentieel zijn, is contact een zeer basaal onderdeel. Het menselijke contact maakt het verschil tussen instrumentele en menslievende ondersteuning.

Prettig, menselijk en warm contact is van wezenlijk belang voor ieder mens, met of zonder VB. Dergelijk contact is voor mensen met (Z)EMB niet vanzelfsprekend. Factoren die hierbij onder meer een rol kunnen spelen, zijn de vaardigheden, eigenschappen en gemoedstoestand van de cliënt en de werkomstandigheden van de begeleider. De kwaliteit van het contact heeft impact op de mate van gehechtheid van de cliënt en op zijn/haar basisvertrouwen in de mensen om hem/haar heen. Naarmate de gehechtheid en het basisvertrouwen groter zijn, zal hij/zij minder claimend gedrag vertonen en contact minder ontlopen of afwijzen. Meer basisvertrouwen draagt ook bij aan een betere regulatie van emoties en alertheid.

2. Uitgangspunten

De rode draad binnen Vijf olifanten bestaat uit vijf principes die een rol spelen in een goed contact tussen de begeleider en cliënt:

1) Goede positie: de begeleider en cliënt nemen een positie in die voor beiden comfortabel is en van waaruit ze elkaars signalen kunnen oppikken. Meestal is dit op ooghoogte en in elkaars directe nabijheid (binnen 1-2 meter).

2) Echte aandacht: de begeleider is met zijn/haar hoofd en hart bij de cliënt, let goed op de signalen van de cliënt en laat zich niet afleiden door andere zaken.
3) Wachten op (en verwachten van) een reactie: mensen met (Z)EVMB reageren vaak traag. Tijdens interacties wacht de begeleider altijd op reactie van de cliënt. Ook is de begeleider alert op de initiatieven van de cliënt.
4) Ontvangstbevestiging geven: de begeleider reageert meteen op de signalen van de cliënt, zodat hij/zij weet dat de signalen zijn gezien, gehoord of gevoeld.
5) Toevoegingen doen: de begeleider doet in beperkte mate toevoegingen om het contact met de cliënt op gang te brengen of houden.

3. Doel

Vijf olifanten richt zich op verbetering van het contact tussen begeleider en cliënt, met het uiteindelijke doel dat de gehechtheid van de cliënt en zijn/haar basisvertrouwen in belangrijke mensen om hem/haar heen groter wordt. Probleemgedrag hangt vaak samen met problemen in het contact. Door het contact op een gestructureerde manier te verbeteren, nemen de gehechtheid en het basisvertrouwen van de cliënt toe en kan worden voorkomen dat situaties escaleren en het contact vastloopt.

4. Systematische werkwijze

De methodiek bestaat uit vier onderdelen: een voorbereidende bouwsteen, een centraal deel met videofeedback en twee verdiepende bouwstenen. Elke bouwsteen bestaat uit zowel achtergrondinformatie en theorie als praktische werkvormen (zoals ervaringsoefeningen en reflectieopdrachten). Daarnaast zijn er dertien filmpjes en animaties beschikbaar die in de verschillende werkvormen kunnen worden gebruikt. Dit zijn onder andere fragmenten van contactmomenten met cliënten met (Z)EMB. De videofeedback en de verdiepende bouwstenen wisselen elkaar af, waarbij de contact-coach de volgorde en het tempo bepaalt.

1) Bouwsteen A

   Bouwsteen A geeft begeleiders een theoretische basis: wat is (het belang van) contact, wat is de impact van het ervaren of ontbreken van contact, wat houden de vijf contactprincipes in. De inleidende theorie over contact met mensen met (Z)EVMB geeft begeleiders handvatten voor een goede interactie met de cliënt. In een bijeenkomst bespreekt de contact-coach de theorie met begeleiders, waarbij ook verschillende oefeningen aan bod komen.

Met twee verdiepende bouwstenen kunnen begeleiders samen met de contact-coach reflecteren op hun rol en emoties in de interacties met de cliënt. Videofeedback en de verdiepende bouwstenen wisselen elkaar af. De contact-coach geeft aan in welke volgorde en in welk tempo dit gebeurt.

2) Videofeedback
Een belangrijk onderdeel is de videofeedback. Hierbij kijken begeleiders samen met de contact-coach naar video-opnames van hun contact met cliënten. Gezamenlijk bespreken ze (aan de hand van feedbackformulieren) wat goed gaat en waar verbetering mogelijk is. Dit leidt uiteindelijk tot het formuleren van individuelen leerpunten voor begeleiders. Afhankelijk van de leerpunten kiest de contact-coach een of twee verdiepingsbouwstenen. De leerpunten worden in een later stadium geëvalueerd, waarbij de vorm van de terugkoppeling kan variëren: als kort verslag of mondeling aan de hand van video-opnamen; groepsgewijs of individueel.

3) Bouwsteen B
Bouwsteen B bevat werkvormen waarmee de contact-coach met de begeleider de verdieping kan aangaan rondom de vijf contactprincipes.

4) Bouwsteen C
Met Bouwsteen C kan de begeleider samen met de contact-coach reflecteren op zijn/haar eigen gedrag als het contact met de cliënt moeizaam verloopt, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van probleemgedrag. Ook kan worden besproken hoe de begeleiders kan omgaan met bedreigingen en belemmeringen voor contact, bijvoorbeeld in de fysieke ruimte of in de organisatie.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet gesproken over de PDCA-cyclus met een perspectief en doelen voor de cliënt, stappen om deze te bereiken, periodieke evaluaties en bijstelling. Bij Vijf olifanten is wel sprake van een systematische werkwijze, gericht op het leerproces van begeleiders om steeds beter contact te maken en onderhouden met de cliënt.

5. Doorlopende manier van handelen

Hoewel er geen concrete cyclische werkwijze wordt beschreven, is er geen sprake van een eindpunt: Vijf olifanten bestaat uit een doorlopend proces. Coaching dient volgens de ontwikkelaars regelmatig plaatsvinden, ook wanneer begeleiders zeer ervaren zijn. Als

richtlijn geldt twee keer per jaar. Vaker is raadzaam wanneer er specifieke vragen of knelpunten zijn, of vanuit de cliënt (hij/zij wijst contact bijvoorbeeld af) of vanuit de begeleider (hij/zij voelt zich bijvoorbeeld niet prettig in het contact met de cliënt).

Mensen met (Z)EVMB vormen een heterogene groep. Er is niet één juiste manier om contact te maken en onderhouden. Bovendien ontwikkelen mensen met (Z)EVMB zich en hun gedrag is veranderbaar, waardoor ook de manier waarop begeleiders het beste contact kunnen aangaan verandert. De vijf contactprincipes dienen voor iedere cliënt dan ook steeds individueel te worden ingevuld. Daarnaast verschillen begeleiders onderling en geven ze vanuit hun persoonlijke aanpak invulling aan het contact met de cliënt. Het afstemmen van het contact is voor iedere cliënt, voor iedere begeleider en in elke situatie anders. Daarom heeft Vijf olifanten een doorlopende werkwijze.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het bronnenboek met theoretische achtergrondinformatie (De Geeter et al., 2017a) is gratis te downloaden van het Kennisplein Gehandicaptensector (2015). Een pakket met het bronnenboek, de handleiding (De Geeter et al., 2017b) en verschillende materialen kan worden besteld via webshop.degeeterenmunsterman.nl/products/1-methode-vijf-olifanten. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Vijf olifanten.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het bronnenboek en de handleiding van Vijf olifanten vormen samen een compleet naslagwerk, dat zowel een theoretische beschrijving (De Geeter et al., 2017a) als praktische informatie (De Geeter et al., 2017b) over de Vijf olifanten bevat.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Een concreet implementatieplan is in de bronnen niet gevonden. Het pakket met de handleiding, het bronnenboek en de materialen van Vijf olifanten geeft wel een goede basis om als contact-coach met een begeleidingsteam aan de slag te gaan.
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen

	Toelichting: De minimale scholingsvereiste is de vierdaagse training voor contact-coaches (die begeleiders vervolgens intern coachen). Deze training richt zich op gedragskundigen, logopedisten en zeer ervaren begeleiders die als contact-coach gaan optreden. Beschikbaar: webshop.degeeterenmunsterman.nl/cursusaanbod/718-vijf-olifanten-methode-voor-contact-coaching.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Naast de scholingskosten dient het complete pakket van Vijf olifanten ook aanschaft te worden via de webshop. Dit pakket bestaat uit een handleiding, kaarten met werkvormen, een USB-stick met filmfragmenten en animaties en een bronnenboek.
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Of vanuit Vijf olifanten certificering plaatsvindt is onbekend. De scholing is wel geaccrediteerd door NIP/NVO en ADAP/KP.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* De benodigde inzet per cliënt is niet beschreven. Voor meerdere onderdelen van de methodiek wordt wel een indicatie gegeven voor de tijdsinvestering van de contact-coach: • Bouwsteen A (Inleiding in contact): 60 minuten • Videofeedback: 15-30 minuten per fragment • Bouwsteen B (Verdieping van de contactprincipes): 90-120 minuten indien alle werkvormen gebruikt • Bouwsteen C (Impact van moeizaam contact/bedreigingen voor contact): 45-60 minuten

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Vijf olifanten, waarna de resultaten in de tekst verder worden toegelicht.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Vijf olifanten

7.1.	**Opgehangen aan een theorie/model?**	☑ Ja ☐ Nee

Toelichting: De theorieën waarop Vijf olifanten is gebaseerd zijn beschreven in het bronnenboek (De Geeter et al., 2017).

7.2.	**Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?**	☑ Ja, controleerbaar ☐ Ja, niet controleerbaar ☐ Nee

Toelichting: In De Geeter et al. (2017) zijn de resultaten beschreven van de literatuurstudie die deel uitmaakte van de ontwikkeling van Vijf olifanten.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
☐ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar
☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Matig
☐ Sterk

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Vijf olifanten.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
☐ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar
☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Matig
☐ Sterk

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Vijf olifanten.

7.1. Theoretische onderbouwing

Vijf olifanten is ontwikkeld door De Geeter, Munsterman en Schuurman en is onderdeel van de benadering 'een goed leven voor mensen met EMB'. De theorieën waarop Vijf olifanten is gebaseerd zijn beschreven in het bronnenboek (De Geeter et al., 2017a):

- Sociaal-emotioneel ontwikkeling (Berckelaer-Onnes & Mugge-van Rijn, 2010, Zaal, 2008, 2009)
- Het ervaren van eigen invloed bij mensen met (Z)EVMB (Van Burgsteden, 2002)
- Het creëren van eigen inbreng (Maes, 2011, 2014)
- Contact en gehechtheid (Sterkenburg, 2012, 2014)
- Contact, communicatie en alertheid (Van Breukelen, 2010; De Bal, 2011; Munde, 2014; Munde & Vlaskamp, 2015)
- De presentiebenadering (Goossensen & Baart, 2011; Baart & Carbo, 2013)

7.2. Ontwikkeling

Vijf olifanten is ontwikkeld in het project *Een instrument voor basiscontact tussen begeleiders en personen met EMB*. Er is een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd, met als doel het leveren van materiaal voor zowel de positiebepaling als de inhoud van Vijf olifanten. Resultaten van de literatuurstudie ten aanzien van de doelgroep, het concept van basiscontact en informatie over het onderwerp 'contact' worden beschreven in het bronnenboek (De Geeter et al., 2017a).

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Vijf olifanten gevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Vijf olifanten gevonden.

7.5. Databank

Vijf olifanten blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Vijf olifanten

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

De Geeter, K., Schuurman, M. & Munsterman, K. (2017a). *Bronnenboek: methode voor contact-coaching*.

De Geeter, K., Schuurman, M. & Munsterman, K. (2017b). *Handleiding: methode voor contact-coaching*.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

De Geeter en Munsterman Orthopedagogen. (2022). *Vijf olifanten: methode voor contact-coaching*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.vijfolifanten.nl.

Kennisplein Gehandicaptensector. (23 september 2015). *Methode voor verbetering contact EMB: Vijf olifanten.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/methode-voor-verbetering-contact-emb-vijf-olifanten.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (28 juli 2016). *Communicatie met mensen met EMB: Eén olifant, twee olifant…*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.vgn.nl/achtergrond/communicatie-met-mensen-met-emb-een-olifant-twee-olifant.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Vijf olifanten)

Baart, A. & Carbo, C. (2013). *De zorgval. Analyse, kritiek en uitzicht.* Uitgeverij Thoeris.

Berckelaer-Onnes, I. & Mugge-van Rijn, I. (2010). *EMB op de agenda: Diagnostiek van het sociaal-emotioneel functioneren van kinderen en jongeren met ernstige meervoudige beperkingen. Samenvatting van het eindrapport.* Centrum voor Consultatie en Expertise.

De Bal, C. (2011). Communicatie. In B. Maes, C. Vlaskamp & A. Penne (red.), *Ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen. Handvatten voor een kwaliteitsvol leven* (pp. 145–164). Uitgeverij Acco.

Goossensen, A. & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg. *Kwaliteit in Zorg, 6*, 4–7.

Maes, B. (2011). Vorm geven aan levenskwaliteit. In B. Maes, C. Vlaskamp & A. Penne (red.), *Ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen. Handvatten voor een kwaliteitsvol leven* (pp. 39–58). Uitgeverij Acco.

Maes, B. (2014). Activiteit en participatie van mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: stand van zaken en toekomstperspectieven. In Van der Meulen (red.), *Sporen van de reiziger. Opvoeding en ondersteuning van 41 mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen* (pp. 35–50). Uitgeverij Garant.

Munde, V. S. (2014). Alertheid bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. In Van der Meulen (red.), *Sporen van de reiziger. Opvoeding en ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen* (pp. 167–176). Uitgeverij Garant.

Munde V.S. & Vlaskamp, C. (2015). Initiation of activities and alertness in individuals with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(3), 284–292. https://doi.org/10.1111/jir.12138.

Sterkenburg, P. S. (2012). *Vertrouwensrelatie voor ontwikkeling. Een werkboek voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met kinderen en volwassenen met een ernstig verstandelijke of een meervoudige beperking.* Bartiméus.

Sterkenburg, P. S. (6 mei 2014). Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met kinderen en volwassenen met EMB. EMB Congres 'In Contact'.

Van Breukelen, L. (2010). *Werken met ernstig meervoudig beperkten. Een informatiepakket voor zorgverleners die voor het eerst in aanraking komen met ernstig meervoudig beperkten.* De Twentse Zorgcentra.

Van Burgsteden, R., Braams, J. & Kersten, M. (2002). *Eigen invloed ervaren. Bevorderen van zeggenschap voor mensen met ernstig meervoudige beperkingen.* Landelijk kennisnetwerk gehandicaptenzorg (LKNG).

Zaal, S., Boerhave, M. & Koster, K. (2008). *Sociaal-emotionele ontwikkeling. Omschrijving fasen en bijbehorende begeleidingsstijl* (2e herziene druk). Cordaan/Amsta.

Zaal, S., Boerhave, M. & Koster, K. (2009). *Hechting Basisveiligheid Basisvertrouwen: Begeleiding en behandeling. Een handreiking voor begeleiders en behandelaars.* Cordaan/Amsta.

4.4.4. Vergelijking begeleidingsmethodieken EV(M)B

Op basis van de openbare bronnen zijn zes begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met EV(M)B, te weten: Dementia Care Mapping (DCM), LACCS, Meer Mens, Perspectief, Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct) en Vijf olifanten. Op de voorgaande pagina's zijn drie van deze zes begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing. De beschrijvingen van Perspectief (4.5.1), PAct (4.5.2) en DCM (5.2.2) zijn verderop in dit boek te vinden.

Welke van deze zes komt als beste uit de bus? In de onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor EV(M)B

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Dementia Care Mapping (DCM)	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, niet controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	*Buitenland* • 2 wetenschappelijke artikelen
LACCS	Ja	Nee	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	*Nederland* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 boek • 1 artikel zonder peer-review
Meer Mens	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland* • 2 boeken • 1 samenvattend document
Perspectief	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland* • 16 wetenschappelijke artikelen • 5 proefschriften • 15 boeken • 2 samenvattende documenten
PAct	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig, niet controleerbaar	Afwezig	*Nederland* • 4 wetenschappelijke artikelen • 6 boeken
Vijf olifanten	Ja	Ja, controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland* • 2 boeken

Uit de tabel op de vorige pagina blijkt dat Perspectief als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Bij het kiezen voor een begeleidingsmethodiek voor de doelgroep EV(M)B moet niet vergeten worden ook de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen mee te nemen, aangezien deze ook voor mensen met EV(M)B geschikt kunnen zijn. De vergelijkingstabel uit hoofdstuk 4.1 is hieronder nogmaals weergegeven. Daaruit blijkt dat Active Support qua onderbouwing als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Ook de hoeveelheid openbare bronnen met onderzoeksresultaten is veruit het grootst voor Active Support.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor VB algemeen

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Active Support	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland/Vlaanderen* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 scriptie • 3 boeken *Buitenland* • 45 wetenschappelijke artikelen • 6 boeken
De Curve	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek
Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek • 1 artikel zonder peerreview
Oplossingsgericht werken (LVB, MVB)	Nee	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Gecombineerd voor Oplossingsgericht werken en coachen *Nederland/Vlaanderen* • 4 wetenschappelijke artikelen • 1 proefschrift • 5 boeken • 2 artikelen zonder peerreview • 1 samenvattend document • 3 scripties
Oplossingsgericht coachen (MVB, EVB, ZEVB)	Nee	Ja, controleerbaar	Afwezig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	

4.5. Zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEVMB)

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met ZEVMB (figuur 4.4.1). Hiervoor zijn vier begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen: Dementia Care Mapping (DCM), Perspectief, Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct) en Verstaanbaar maken.



Figuur 4.5.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (4.5.4) een vergelijking gepresenteerd tussen de vier begeleidingsmethodieken. Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken.

Naast deze specifieke begeleidingsmethodieken voor ZEVMB, kunnen ook de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen (hoofdstuk 4.1) ingezet worden voor deze doelgroep. In de keuze voor een begeleidingsmethodiek is het aan zorginstellingen om af te wegen of gekozen wordt voor een begeleidingsmethodiek die zich specifiek richt op één doelgroep (hier: ZEVMB) of voor een bredere methodiek die over het gehele spectrum van mate van VB toe te passen is. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

4. Begeleidingsmethodieken voor doelgroepen op basis van mate van VB

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
ZEVMB	4	Dementia Care Mapping (DCM) Perspectief Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct) Verstaanbaar maken	5.2.2, pagina 280 4.5.1, pagina 211 4.5.2, pagina 223 4.5.3, pagina 233

4.5.1. Perspectief

Overzicht	
Ontwikkelaars	Carla Vlaskamp, emeritus hoogleraar orthopedagogiek
Organisatie	Rijksuniversiteit Groningen en Academische Werkplaats EMB
Website	www.programmaperspectief.nl
Jaar van ontwikkeling	1993: Opvoedings-/ondersteuningsprogramma Methode Vlaskamp, proefschrift (Vlaskamp, 1993) 2021: Programma Perspectief
Jaar van laatste actualisering	2021: naslagwerk (Poppes et al., 2021)
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☒ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* De ontwikkelaars hanteren zelf de term EMB. Zij spreken van EMB bij (zeer) ernstige VB. De haakjes bij 'zeer' worden wisselend wel en niet gebruikt. Door de ernst van de VB is het niet mogelijk om het IQ of de ontwikkelingsleeftijd te bepalen. Het gaat om cliënten met (zeer) ernstige VB met meestal ook ernstige motorische en zintuiglijke beperkingen (Poppes et al., 2021; Vlaskamp, 2019). Wetenschappelijk onderzoek is gedaan bij kinderen en volwassenen met ZEVMB. In deze methodiekbeschrijving wordt de afkorting ZEVMB aangehouden.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* In de methodiek wordt gesproken over een intermediaire groep waar mensen met ZEVMB afhankelijk van zijn. Dit zijn begeleiders van wonen en dagbesteding, paramedici, gedragskundigen, leerkrachten (binnen het onderwijs) en ouders en verwanten (bijvoorbeeld broers en zussen). Bij de ontwikkeling van de methodiek was het onderzoek gericht op onder andere woon- en activiteitenbegeleiders (Vlaskamp, 1993). Binnen de methodiek wordt de Lijst voor het afstemmen van Activiteiten en Situaties (LAS) gebruikt als hulpmiddel om passende dagactiviteiten in kaart te brengen (Hiemstra et al., 2005).

Algemene beschrijving

De basis van Programma Perspectief (hierna: Perspectief), voorheen bekend onder de naam Opvoedingsprogramma, Opvoedings-/ondersteuningsprogramma en Methode

Vlaskamp, is de relatie tussen de cliënt met ZEVMB en de mensen om hem/haar heen. Binnen deze relatie is elk gedrag van de cliënt, hoe klein ook, een signaal waarmee hij/zij iets wil vertellen. Het is aan de naasten en zorgprofessionals om dit signaal te begrijpen en samen te zoeken naar een passend antwoord. Door systematisch en in heel kleine stappen samen te werken, krijgt de cliënt een stem. De methodiek geeft handvatten om gedetailleerd informatie te verzamelen over de cliënt. Er wordt gewerkt met beeldvorming, doelen, activiteiten, rapportages en evaluaties. Hierbij worden onderbouwde vragenlijsten en instrumenten gebruikt. Naasten hebben een belangrijke rol bij de diagnostiek en het kiezen van doelen voor de cliënt.

Perspectief voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

- Mensen met ZEVMB hebben perspectief in het leven. Daarom hebben ze net als iedereen recht op ontwikkeling.
- Mensen met ZEVMB kunnen een relatie aangaan met de mensen om hen heen en kunnen zo hun wensen en behoeften duidelijk maken. Daarom hebben ze ook het recht om in relaties met anderen een actieve, sturende rol te spelen om tot optimale ontplooiing van hun mogelijkheden te komen.

Deze visie wordt binnen Perspectief 'het normatieve uitgangspunt' genoemd. Het is de norm voor het handelen ten aanzien van de cliënt.

2. Uitgangspunten

- Iedereen die betrokkenen is bij de zorg voor de cliënt werkt vanuit dezelfde visie.
- Er wordt interdisciplinair samengewerkt: zorgprofessionals (woon- en activiteitenbegeleiders, gedragskundigen, andere behandelaren en leidinggevenden) en naasten werken aan hetzelfde doel.
- Gedrag wordt gezien als een signaal waarmee de cliënt iets wil vertellen.
- De relatie tussen de cliënt en zijn omgeving staat centraal.
- Er wordt sterk methodisch (systematisch en doelgericht) gewerkt.

3. Doel

Het doel van Perspectief is een zo optimaal mogelijke ontwikkeling van de cliënt. Met ontwikkeling wordt bedoeld: nieuwe dingen aanleren en vaardigheden leren toepassen in verschillende situaties. Ook het voorkomen of remmen van achteruitgang wordt gezien als ontwikkeling. De ontwikkeling richt zich op verschillende gebieden: motorisch, cognitief en zintuiglijk.

4. Systematische werkwijze

Bij Perspectief gaat het telkens opnieuw om het zetten van kleine stappen. Doordat deze kleine stappen, de gebruikte werkwijze en de reactie van de cliënt heel precies worden gerapporteerd, krijgt de cliënt de gelegenheid om aan te geven of zijn begeleiders de juiste keuzes hebben gemaakt of dat bijstelling nodig is. Perspectief werkt volgens dit stappenplan:

1) Persoonsbeeld: integraal opgesteld op basis van de Inventarisatie Persoonsbeeld. Het gaat om informatie over deze gebieden:
   - functionele mogelijkheden van de cliënt
   - adaptief gedrag
   - participatie
   - interactie en sociale rollen
   - gezondheid
   - context
2) Perspectief: interdisciplinair doel voor de lange termijn (een à twee jaar). Dit is een (ped)agogische doelstelling.
3) Hoofddoel: komt voort uit het perspectief en is een interdisciplinair doel met een looptijd van ongeveer acht maanden tot een jaar.
4) Werkdoel: kortetermijndoel van vier à zes weken. Elke discipline stelt vanuit haar eigen vakgebied het werkdoel op (monodisciplinair). Bij deze doelen worden activiteiten, uitvoeringsvoorwaarden en evaluatiecriteria beschreven.
5) Activiteit: om het werkdoel te bereiken. De Lijst voor het afstemmen van Activiteiten en Situaties (LAS) kan worden gebruikt om een passende activiteit voor de cliënt te kiezen (Hiemstra et al., 2005).
6) Rapportage: per werkdoel, om te kunnen bepalen of het werkdoel is bereikt. Er wordt een Goal Attainment Scale (GAS) opgesteld om vooraf zo exact mogelijk te bepalen wanneer een werkdoel bereikt is.

7) Evaluatie: van het werkdoel met behulp van GAS-scores. Hierna kan een nieuw werkdoel worden opgesteld. Zo wordt stap voor stap het hoofddoel en uiteindelijk het perspectief bereikt.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* Perspectief bevat een PDCA-cyclus. Binnen Perspectief wordt gesproken over 'doelgericht en systematisch handelen'. Er worden doelen opgesteld (= plan, stap 2, 3 en 4), waarna cliënten met deze doelen aan de slag gaan (= do, stap 5) en er evaluatie plaatsvindt (= check, stap 7). Na de evaluatie wordt een nieuw werkdoel opgesteld (= act). Deze stappen worden op de vorige pagina uitgebreider beschreven.

5. Doorlopende manier van handelen

Na een à twee jaar wordt het persoonsbeeld (deels) opnieuw geschreven, waarna het stappenplan weer geheel wordt doorlopen. Het individuele plan van de cliënt wordt zo steeds aangepast aan zijn behoeften, wensen en mogelijkheden. Ook wordt zo duidelijk op grond van welke ervaringen en overwegingen welke stappen zijn gezet en met welke resultaten. Bij alle stappen zijn naasten nauw betrokken.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Diverse downloads (onder andere handleidingen, scoreformulieren en vragenlijsten) zijn gratis te downloaden op de website (www.programmaperspectief.nl/downloads). Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Perspectief.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Poppes et al., 2021) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Perspectief. Te bestellen via www.aw-emb.nl/producten.
Implementatieplan beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* In boekvorm beschikbaar (Zijlstra et al. 2005).

Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Verschillende trainingen zijn beschikbaar via Expertisecentrum EMB van zorginstelling 's Heeren Loo: • Training voor begeleiders, therapeuten en ouders (2 dagen, in totaal 12 uur). Beschikbaar: www.sheerenloo.nl/kennis-en-wetenschap/expertisecentrum-emb/trainingen#programma-perspectief-voor-begeleiders-therapeuten-en-ouders • Training voor gedragskundigen en teammanagers (2,5 dag, in totaal 15 uur). Beschikbaar: www.sheerenloo.nl/kennis-en-wetenschap/expertisecentrum-emb/trainingen-emb-op-maat#programma-perspectief-voor-gedragswetenschappers-en-teammanagers • Perspectief: ondersteuning bij implementatie. Beschikbaar: www.sheerenloo.nl/kennis-en-wetenschap/expertisecentrum-emb/trainingen-emb-op-maat#perspectief-ondersteuning-bij-implementatie
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Geschatte benodigde tijd (Zijlstra et al., 2005): • Invullen vragenlijsten door alle betrokken begeleiders: 0,5 tot 1 uur. • Maken concept beeldvorming door gedragskundige of groepshoofd: 1 tot 1,5 uur. • Bespreken concept beeldvorming door onderzoeksteam (de mensen binnen de zorginstelling die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van Perspectief): 0,5 uur. • Perspectief- en/of hoofddoelbespreking door alle betrokkenen: 1 uur. • Maken korte samenvatting van resultaten van werkdoelen door begeleiders, leerkrachten, therapeuten: 0,5 uur. De ontwikkelaars geven aan dat de uitvoering van de activiteiten voor het behalen van de doelen en de evaluatie van deze doelen worden gerekend onder de reguliere ondersteuningstijd. Het wordt niet beschouwd als 'extra' tijd maar als onderdeel van de reguliere begeleiding van een cliënt met ZEVMB.

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Perspectief. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De theoretische onderbouwing van Perspectief is beschreven in een proefschrift (Vlaskamp, 1993). Hierin wordt onder meer het relationeel uitgangspunt genoemd (onder andere Cone et al., 1978; Gleason, 1989). Mensen met ZEVMB zijn in staat om invloed uit te oefenen op hun omgeving en om relaties aan te gaan en deze te onderhouden.

7.2. Ontwikkeling

De initiële ontwikkeling van Perspectief is beschreven in een proefschrift (Vlaskamp, 1993). In dit proefschrift worden de doelgroep en de bijbehorende opvoedsituatie uitgebreid beschreven. Verder bevat het proefschrift onderzoeken met twee te onderscheiden fasen. Fase 1 bestaat uit de ontwikkeling van de methodiek. Hier worden onder andere het werkmodel, ontwerp van instrumenten en de ontwikkeling van de implementatiestrategie beschreven. De betrokken zorgverleners wordt in deze fase gevraagd naar problemen, verwachtingen en ervaringen. Fase 2 bestaat uit de toepassing en evaluatie van de methodiek (zie 7.3 en 7.4).

Naast de hieronder genoemde studies naar de werkzaamheid van de gehele methodiek (zie 7.3 en 7.4) zijn over de jaren tal van onderzoeken uitgevoerd ten aanzien van diverse deelonderwerpen binnen Perspectief, zoals alertheid bij ZEVMB (Munde, 2011) en hulpmiddelen, onder andere de Inventarisatie Persoonsbeeld (Wessels & Van der Putten, 2017) en checklist Pijn Gedrag (Van der Putten & Vlaskamp, 2011).

In het voorjaar van 2023 is een tweejarig onderzoeksproject gestart *Na verloop van tijd: een onderzoek naar de duurzame implementatie van Programma Perspectief binnen de ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen ((Z)EVMB)* (Academische Werkplaats EMB, 2023). De ontwikkelaars stellen dat in de praktijk vaak wordt afgeweken van de kernelementen van de begeleidingsmethodiek. Dit kan consequenties hebben voor de effectiviteit. Daarom wordt in de praktijk onder-

Predicaat begeleidingsmethodiek: Perspectief

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Relationeel uitgangspunt (onder andere Cone et al., 1978; Gleason, 1989).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De initiële ontwikkeling van Perspectief is beschreven in het proefschrift van Carla Vlaskamp (Vlaskamp, 1993).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig

☑ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☑ Sterk

Toelichting: Mixed-methods: effecten zijn kwantitatief onderzocht, waarbij positieve effecten werden aangetoond (Vlaskamp, 1993; Vlaskamp & Van der Putten, 2009). Ook is er proefschrift waarin een onderzoek naar de implementatie van Perspectief wordt beschreven (Zijlstra, 2003). Over de jaren zijn ook tal van onderzoeken uitgevoerd ten aanzien van diverse deelonderwerpen en hulpmiddelen binnen Perspectief.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig

☑ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☑ Sterk

Toelichting: In het proefschrift van Vlaskamp wordt een mixed-methods onderzoek beschreven (Vlaskamp, 1993). Kwalitatief onderzoek betreft hier een analyse van antwoorden op open vragen van een vragenlijst. Het proefschrift van Zijlstra over de implementatie van Perspectief beschrijft onder andere interviews en participerende observaties als kwalitatieve onderzoeksmethoden (Zijlstra, 2003).

zocht wanneer en waarom Perspectief wordt aangepast. Op basis hiervan wordt Perspectief verbeterd, opnieuw geïmplementeerd en geëvalueerd.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

In het proefschrift van Vlaskamp is de werkzaamheid van Perspectief kwantitatief en kwalitatief (mixed-methods) onderzocht, waarbij positieve effecten werden aangetoond (Vlaskamp, 1993). Verder is de werkzaamheid kwantitatief onderzocht bij 41 zorgprofessionals van 23 cliënten met ZEVMB met behulp van een vragenlijst (Vlaskamp & Van der Putten, 2009). Zorgprofessionals gaven onder andere aan dat de communicatie met de cliënt was verbeterd (88%) en dat de cliënt in het algemeen vooruit was gegaan (85%), meer contact maakte (78%), meer gericht was op de omgeving (63%), meer alert was (76%) en meer interacties vertoonde met anderen (66%). In een ander kwantitatief onderzoek werd het aantal behaalde doelen onderzocht bij 125 cliënten met ZEVMB (Van der Putten et al., 2009). Binnen 145 plannen waren in totaal 220 langetermijndoelen geformuleerd, waarvan 14% werd bereikt. Er waren 1624 kortetermijndoelen geformuleerd, waarvan 52% werd bereikt.

Een ander proefschrift beschrijft een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de implementatie van de methodiek (Zijlstra, 2003). Perspectief had zes maanden na de start van de implementatiefase het meeste effect. Na twaalf maanden stagneerden de resultaten en na achttien maanden was er een terugval in de resultaten.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In het proefschrift van Vlaskamp betreft kwalitatief onderzoek een analyse van de antwoorden op open vragen van een vragenlijst (Vlaskamp, 1993). Hoewel in dit proefschrift kwantitatieve en kwalitatieve resultaten moeilijk te scheiden zijn, wordt aangegeven dat zorgverleners onder andere positieve uitspraken deden omtrent stemming, basaal contact en communicatie met cliënten. Ook waren zij positief over de evaluatie van gestelde doelen. Verder gaven zij aan in staat te zijn om te handelen vanuit de zorgvraag van cliënten.

In het proefschrift van Zijlstra over de implementatie van Perspectief zijn onder andere interviews en participerende observaties gebruikt als kwalitatieve onderzoeksmethoden (Zijlstra, 2003). Uit een onderzoek bij zorgprofessionals naar de implementatie van Perspectief met behulp van interviews kwam naar voren dat blijvende aandacht (kartrekkers en kernteam) belangrijk is voor de borging van Perspectief voor zorgprofessionals (Bemelmans et al., 2022). Als randvoorwaarden voor de zorginstelling werden

genoemd: verwevenheid in beleid van organisatie en de aanpassing en integratie van Perspectief in de structuur en werkwijze binnen de organisatie.

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt hieronder ook het (voorlopige) oordeel vermeld van de databank waarin Perspectief is opgenomen.

Databank	Databank erkende interventies voor de langdurige zorg (Vilans)
Erkenningscommissie	Deelcommissie gehandicaptenzorg
Oordeel	Goede aanwijzingen voor effectiviteit (juli 2015)
Toelichting	"Dit programma is gericht op het (beter) verstaan en ondersteunen van de persoon met een ZEMVB. Het is in de praktijk goed uitvoerbaar en werkzaam gebleken. Gedegen van opzet en stapsgewijs uit te voeren. Een sterk punt is dat 'directe medewerkers' na toepassing van het programma minder handelingsverlegen zijn" (Databank erkende interventies, z.d.).
Webpagina	www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-opvoedings-ondersteuningsprogramma
Beschrijvend rapport	Vlaskamp, Poppes & Van der Putten (2015)

Bronnen over Perspectief

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

De Jong, W., Poppes, P., Jansen S.L.G. & Van der Putten, A. A. J. (2022). Een analyse van de ervaren problemen in de ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *48*(2), 62–71.

Jansen, S. L. G., Van der Putten, A. A. J., Post, W. J. & Vlaskamp, C. (2014). Family-centredness of professionals who support people with profound intellectual and multiple disabilities: Validation of the Dutch "Measure of processes of care for service providers" (MPOC-SP-PIMD). *Research in Developmental Disabilities*, *35*, 1623–1630. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.044.

Jansen, S. L. G., Van der Putten, A. A. J. & Vlaskamp, C. (2013). What parents find important in the support of a child with profound intellectual and multiple disabilities. *Child: Care, Health and Development*, *39*(3), 432–441. https://doi.org/10.1111/J.1365-2214.2012.01381.X.

Munde, V. S., Vlaskamp, C., Maes, B., Ruijssenaars, A. J. J. M. & Munde, V. S. (2012). Catch the wave! Time-window sequential analysis of alertness stimulation in individuals with profound intellectual and multiple disabilities. *Child: Care, Health and Development*, *40*(1), 95–105. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01415.x.

Munde, V. S., Vlaskamp, C., Ruijssenaars, A. J. J. M. & Nakken, H. (2009). Alertness in individuals with profound intellectual and multiple disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, *30*, 462–480. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.07.003.

Munde, V. S., Vlaskamp, C., Ruijssenaars, W. & Nakken, H. (2011). Determining alertness in individuals with profound intellectual and multiple disabilities: the reliability of an observation list. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, *46*(1), 116-123. http://www.jstor.org/stable/23880035.

Munde, V. S., Vlaskamp, C., Ruijssenaars, W., Nakken, H., Munde, V., Vlaskamp, C., Ruijssenaars, W. & Nakken, H. (2009a). Experts discussing "alertness in individuals with PIMD": a concept mapping procedure. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *21*, 263–277. https://doi.org/10.1007/s10882-009-9141-0.

Munde, V., Vlaskamp, C., Vos, P., Maes, B. & Ruijssenaars, W. (2012). Physiological measurements as validation of alertness observations: an exploratory case study of three individuals with profound intellectual and multiple disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *50*(4), 300–310. https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.4.300.

Poppes, P., van der Putten, A. J. J. & Vlaskamp, C. (2010). Frequency and severity of challenging behaviour in people with profound intellectual and multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *31*, 1269–1275. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.017.

Tadema, A. C., Vlaskamp, C. & Ruijssenaars, W. (2007). The validity of support profiles for children with profound multiple learning difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, *22*(2), 147–160. https://doi.org/10.1080/08856250701269440.

Tadema, A. C., Vlaskamp, C. & Ruijssenaars, W. (2008). Implementation of a programme for students with profound intellectual and multiple disabilities in schools: three case studies. *Education and Training in Developmental Disabilities*, *43*(4), 529–540. http://www.jstor.org/stable/23879681.

Tadema, A. C., Vlaskamp, C. & Ruijssenaars, W. (2005). The development of a checklist of child characteristics for assessment purposes. *European Journal of Special Needs Education*, *20*(4), 403–417. https://doi.org/10.1080/08856250500268643.

Van der Putten, A. A. J. & Vlaskamp, C. (2011). Pain assessment in people with profound intellectual and multiple disabilities; a pilot study into the use of the Pain Behaviour Checklist in everyday practice. *Research in Developmental Disabilities*, *32*, 1677–1684. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.020.

Van der Putten, A. A. J., Vlaskamp, C. & Poppes, P. (2009). The content of support of persons with profound intellectual and multiple disabilities: An analysis of the number and content of goals in the educational programmes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*(4), 391–394. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00469.x.

Vlaskamp, C. & Van der Putten, A. A. J. (2009). Focus on interaction: the use of an individualized support program for persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *30*, 873–883. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.12.005.

Wessels, M. D. & Van der Putten, A. A. J. (2017). Assessment in people with PIMD: Pilot study into the usability and content validity of the Inventory of the personal Profile and Support. *Cogent Psychology*, *4*(1). https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1340082.

Proefschriften

Munde, V. S. (2011). *Attention please! Alertness in individuals with profound intellectual and multiple disabilities.* Rijksuniversiteit Groningen.

Tadema, A. (2007). *From policy to practice. Developments in the education of children with profound intellectual and multiple disabilities.* Rijksuniversiteit Groningen.

Van Wijck, R. (1997). *Programma evaluatie en kwaliteit van zorg. Onderzoek naar verbetering van de zorg voor mensen met meervoudige beperkingen.* Rijksuniversiteit Groningen.

Vlaskamp, C. (1993). *Een kwestie van perspectief. Methodiekontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten.* Rijksuniversiteit Groningen.

Zijlstra, H. P. (2003). *Dansen met olifanten: een onderzoek naar de implementatie van het opvoedingsprogramma in de zorg voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen.* Rijksuniversiteit Groningen.

Boeken

Hiemstra, S. J., Wiersma, L. A., Tadema, A. C. & Vlaskamp, C. (2005). *Lijst voor het afstemmen van activiteiten en situaties op de mogelijkheden en voorkeuren van personen met ernstige meervoudige beperkingen*. Stichting Kinderstudies.

Maes B., Vlaskamp, C. & Penne, A. (2020). *Ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen: handvatten voor een kwaliteitsvol leven.* Uitgeverij Acco.

Van der Meulen, B. F., Van der Putten, A. A. J., Poppes, P. & Reynders, K. (2014). *Sporen van de reiziger. Opvoeding en ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen nader onderzocht*. Uitgeverij Garant.

Poppes, P., Van der Putten, A. A. J. & Vlaskamp, C. (2021). *Programma Perspectief, voor avontuurlijk zorgprofessionals*. Academische Werkplaats EMB.

Tadema, A. C., Hiemstra, S. J., Wiersma, L. A. & Vlaskamp, C. (2005). *Lijst voor het afstemmen van activiteiten en situaties op de mogelijkheden en voorkeuren van kinderen met ernstige meervoudige beperkingen*. Stichting Kinderstudies.

Tadema, A. C. & Vlaskamp, C. (2004). *Inventarisatielijst kindkenmerken.* Stichting Kinderstudies.

Vlaskamp, C. (2019). Het programma Perspectief (methode Vlaskamp): een opvoedingsondersteuningsprogramma voor personen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 331–345). Boom uitgevers.

Vlaskamp, C., Van der Meulen, B. F. & Smrkovsky, M. (1999). *Gedrags taxatie instrument voor personen met ernstige meervoudige beperkingen*. Stichting Kinderstudies.

Vlaskamp, C., Poppes, P. & Zijlstra, R. (2005a). *Een programma van jezelf. Een opvoedingsprogramma voor kinderen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen.* Uitgeverij Van Gorcum.

Vlaskamp, C., Poppes, P. & Zijlstra, R. (2005b). *Levensloop in perspectief. Over volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen*. Uitgeverij Van Gorcum.

Vlaskamp, C., Smrkovsky, M. & van der Meulen, B. F. (1999). *Gedrags Taxatie Instrument*. Stichting Kinderstudies.

Vlaskamp, C. & Tadema, A. C. (2005). *Inventarisatielijst kindkenmerken. Deel 2: relaties, gezondheid en context.* Stichting Kinderstudies.

Vlaskamp, C. & Van Wijck, R. (1997). *Inventarisatie persoonsbeeld en zorg. Versie voor residentiële voorzieningen*. Stichting Kinderstudies.

Vlaskamp, C. & Van Wijck, R. (1998). *Inventarisatie persoonsbeeld en zorg. Versie voor kinderdagcentra*. Stichting Kinderstudies.

Zijlstra, R., Vlaskamp, C. & Poppes, P. (2005). *Met zorg vernieuwen. Handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-/ondersteuningsprogramma*. Uitgeverij Van Gorcum.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Bemelmans, W., Voss, H. & Francke, A. (2022). *Implementatie van erkende effectieve interventies in de voor de langdurige zorg*. Nivel.

Vlaskamp, C., Poppes, P. & Van der Putten, A. A. J. (2015). *Databank erkende interventies langdurige zorg: beschrijving Opvoedings-/ondersteuningsprogramma voor mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen*. Vilans.

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Academische Werkplaats EMB. (30 januari 2023). *Onderzoek Programma Perspectief*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.aw-emb.nl/nieuws/onderzoek-programma-perspectief.

Databank erkende interventies. (z.d.). *Opvoedings-/ondersteuningsprogramma*. Vilans. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-opvoedings-ondersteuningsprogramma.

Programma Perspectief. (z.d.). Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.programmaperspectief.nl.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Perspectief)

Cone, J. D., Anderson, J. A., Harris, J. A., Godd, D. K. & Fox, S. R. (1978). Developing and maintaining social interaction in profoundly retarded young males. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *6*(3), 351–360.

Gleason, J. J. G. (1989). *Special education in context*. Cambridge University Press.

4.5.2. Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct)

Overzicht	
Ontwikkelaars	Saskia Hiemstra, orthopedagoog Linda Wiersma, orthopedagoog Carla Vlaskamp, emeritus hoogleraar orthopedagogiek
Organisatie	Rijksuniversiteit Groningen en Academische Werkplaats EMB
Website	www.pact-emb.nl is uit de lucht.
Jaar van ontwikkeling	2005: naslagwerk (Hiemstra et al., 2005b)
Jaar van laatste actualisering	Niet bekend
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☒ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Het gaat om mensen die naast (zeer) ernstige VB ernstige motorische en vaak ook ernstige zintuiglijke beperkingen hebben (Hiemstra, 2019). In deze methodiekbeschrijving wordt verder de afkorting ZEVMB aangehouden.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☐ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Het Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct) kan door begeleiders op dagbestedingslocaties worden gebruikt voor volwassenen met ZEVMB.

Algemene beschrijving

Met het PAct kunnen activiteitenbegeleiders systematisch en doelgericht een activiteitenaanbod creëren dat aansluit bij de mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Met de methodiek wordt systematisch informatie over de cliënt verzameld en vastgelegd. Het PAct geeft handvatten om met de verzamelde informatie doelen voor de cliënt op te stellen, hier passende activiteiten bij te vinden en de uitvoering af te stemmen op de cliënt. Door stapsgewijs te werken wordt steeds meer informatie verzameld over de mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt, zodat steeds duidelijker wordt welke activiteiten bij hem/haar passen en hoe deze het best kunnen worden uitgevoerd.

Begeleidingsmethodieken PAct en Perspectief

Het PAct en Perspectief zijn allebei ontwikkeld binnen de afdeling Orthopedagogiek van Rijksuniversiteit Groningen. Beide methodieken werken met een perspectief, hoofddoel en werkdoel. Het PAct is specifiek ontwikkeld voor de dagbesteding. De kennis over de cliënt die met deze methodiek wordt verzameld, is vaak ook belangrijk voor zorgverleners daarbuiten, zoals woonbegeleiders. Interdisciplinaire samenwerking wordt dan ook aangeraden (hoewel het geen vereiste is). Verschillende begeleiders kunnen zo kennis uitwisselen en in dezelfde richting werken. Binnen Perspectief heeft interdisciplinaire samenwerking een duidelijke plaats (Poppes et al., 2021). Omdat de methodische werkwijze van deze methodiek overeenkomt met die van het PAct kan het perspectief en hoofddoel zoals dat binnen Perspectief voor de cliënt is opgesteld ook binnen het PAct worden gebruikt.

Het PAct voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

De ontwikkelaars van het PAct hebben geen specifieke visie geformuleerd. Ze geven aan dat de visie blijkt uit de vier uitgangspunten die ze essentieel achten in de zorg en activiteiten voor cliënten met ZEVMB en die de norm zijn bij het werken met PAct. De vier uitgangspunten worden hieronder toegelicht.

2. Uitgangspunten

1) Relaties: “Mensen met ZEVMB kunnen relaties aangaan. De activiteitenbegeleider is verantwoordelijk voor het tot stand komen van deze relaties en het onderhouden van de kwaliteit ervan.”
2) Passende activiteiten: “Voor mensen met ZEVMB is het belangrijk om activiteiten aangeboden te krijgen die zo goed mogelijk zijn afgestemd op hun mogelijkheden, beperkingen en voorkeuren.”
3) Stimuleren: “Mensen met ZEVMB hebben mogelijkheden. Activiteitenbegeleiders moeten deze mogelijkheden stimuleren.”
4) Samenwerken: “Mensen met ZEVMB kunnen alleen tot optimale ontplooiing van hun mogelijkheden komen wanneer activiteitenbegeleiders samenwerken, kennis overdragen en doelgericht werken.”

3. Doel

Het doel van het PAct is het systematisch samenstellen en aanbieden van activiteiten waarvan zowel de inhoud als benadering aansluit bij de (ontwikkelings)mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Het streven is ook om interdisciplinair samen te werken, zodat begeleiders van wonen en dagbesteding en andere betrokken zorgverleners op dezelfde manier met de cliënt omgaan. Perspectief biedt een methodische en interdisciplinaire werkwijze waarbinnen dit kan worden vormgegeven en uitgevoerd (Poppes et al., 2021). Hiernaast geven de ontwikkelaars aan dat de cliënt met passende dagbesteding nieuwe ervaringen kan opdoen, wat zijn mogelijkheden tot ontwikkeling bevordert. Ook geven ze aan dat dagbesteding de cliënt mogelijkheden biedt voor het aangaan van interactie met anderen, wat zijn emotioneel welbevinden en gevoel van plezier kan bevorderen en verveling, frustratie en daaruit voortkomend probleemgedrag kan voorkomen of verminderen.

4. Systematische werkwijze

Perspectief, hoofddoel en werkdoel

Bij het PAct wordt gewerkt met een perspectief, hoofddoel en werkdoel.

- Perspectief: wenselijke situatie voor de cliënt over een periode van anderhalf tot twee jaar.
- Hoofddoel: concrete grote stap, te behalen in ongeveer zes maanden, op weg naar het perspectief. Door achtereenvolgens meerdere hoofddoelen te bereiken, kan het perspectief worden behaald. Het hoofddoel kan gericht zijn op:
    - sensomotorische ontwikkeling
    - stemming en emoties
    - communicatie en interacties
    - zelfredzaamheid
- Werkdoel: specifieker doel voor de dagelijkse praktijk, te behalen in vier tot zes weken. Door achtereenvolgens meerdere doelen te bereiken, kan het hoofddoel worden behaald. Werkdoelen kunnen gericht zijn op:
    - Ontwikkeling van nieuwe vaardigheden.
    - Uitbreiding van verworven vaardigheden naar andere situaties of materialen.
    - Uitbreiding van de mate van participatie.
    - Verminderen van de mate van ondersteuning bij de uitvoering van een activiteit.

Door middel van een activiteit wordt gewerkt aan het werkdoel. Er wordt nauwkeurig beschreven hoe de activiteit moet worden uitgevoerd en waarmee ten aanzien van de cliënt rekening moet worden gehouden.

Onderdelen PAct

Het PAct bestaat uit drie onderdelen, die in een vaste volgorde worden ingevuld:

1) Persoonlijk Activeringsprofiel
   In het profiel staat alle informatie die voor de dagbesteding belangrijk is. Het bevat:
   - Situationele aspecten: waarbij onder meer de belangrijkste betrokkenen, het perspectief en afspraken over de omgang met de cliënt worden genoteerd.
   - Functionele mogelijkheden: waarbij (met de Vragenlijst Communicatie) onder andere wordt ingevuld wat de betekenis is van gedragingen van de cliënt.
   - Resultaten van de afname van het Gedragstaxatie instrument (GTI) (Vlaskamp et al., 1999). De GTI is niet gevonden in openbare bronnen.
2) Lijst voor het afstemmen van Activiteiten en Situaties op de mogelijkheden en voorkeuren van mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (LAS)
   Ook in de LAS wordt informatie verzameld over de mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt (Hiemstra et al., 2005a), maar concreter en meer gedetailleerd dan in het profiel. Uit de LAS kunnen actiepunten voortkomen die soms kunnen worden beantwoord door de uitvoering van een werkdoel.
3) Activeringsplan
   Het Activeringsplan bevat acht stappen en helpt begeleiders bij het opstellen van werkdoelen met bijbehorende activiteiten. Hulpmiddelen binnen dit plan zijn de Werkdoelformulieren met bijbehorende evaluatieformulieren en de Goal Attainment Scale (GAS), waarmee wordt aangegeven wanneer een doel is bereikt.

Rapportage en evaluatie

Na elke activiteit wordt gerapporteerd over het verloop en resultaat. Na vier tot zes weken aan een werkdoel te hebben gewerkt, wordt er geëvalueerd.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* Het PAct bevat een PDCA-cyclus. Binnen Perspectief wordt gesproken over ‘doelgericht en systematisch handelen’. Er worden doelen opgesteld (= plan, stap 2, 3 en 4), waarna cliënten met deze doelen aan de slag gaan (= do, stap 5) en er evaluatie plaatsvindt (= check, stap 7). Na de evaluatie wordt een nieuw werkdoel opgesteld (= act).

5. Doorlopende manier van handelen

Bij het opstellen van elk nieuw werkdoel worden de stappen van het Activeringsplan opnieuw doorlopen. Is na het behalen van meerdere werkdoelen het hoofddoel bereikt, dan wordt een nieuw hoofddoel opgesteld, wat weer start met het invullen van de LAS. Is na het bereiken van meerdere hoofddoelen ook het perspectief bereikt, dan start het proces van vooraf aan, bij het profiel.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☐ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Het naslagwerk, handleidingen en diverse formulieren zijn gratis te downloaden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van het PAct.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* De handleiding (Hiemstra et al., 2005a), het werkdoelformulier en het evaluatieformulier zijn gratis te downloaden van de website van het Kennisplein Gehandicaptensector (2005). Deze handleiding bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over PAct. Hierin wordt aangegeven dat informatie over het PAct en over ondersteuning bij de invoering van de methode te vinden is op www.pact-emb.nl. Deze website is niet meer beschikbaar. Twee LAS-handleidingen (Hiemstra et al., 2005b en Tadema et al. 2005) zijn gratis te downloaden van de website van Perspectief (www.programmaperspectief.nl/downloads).
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen
Scholingskosten	☐ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☒ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor het PAct. De resultaten worden in de tekst hieronder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Het PAct is ontwikkeld door de afdeling orthopedagogiek van Rijksuniversiteit Groningen. Voor de ontwikkeling van de methode zijn interviews afgenomen bij 39 activiteitenbegeleiders over de soort, duur en frequentie van activiteiten en eventuele doelen hierbij (Bruin Slot-Wiersma & Hiemstra, 2014). Ook werden 206 activiteitendagboeken geanalyseerd. Verder is er literatuuronderzoek naar voorkeursbepaling bij mensen met ZEVMB uitgevoerd. Vervolgens is een theoretisch model opgesteld, dat in twee zorginstellingen met tien gevalsstudies is getest. Op basis van de bevindingen zijn de Vragenlijst Communicatie en LAS toegevoegd. Met het aangepaste model zijn nogmaals zes gevalsstudies uitgevoerd, waarna een stappenplan is toegevoegd. De ontwikkelaars concludeerden dat volgens een model met vier pijlers moet worden gewerkt om tot een passend activiteitenaanbod te komen: 1) kennis over en gebruik van de mogelijkheden van de cliënt, 2) aansluiten bij zijn/haar voorkeuren, 3) doelgericht en systematisch werken, 4) door het cyclische karakter meer kennis opdoen over de cliënt en welke activiteiten bij hem/haar passen (Hiemstra, 2019). Dit theoretische model is doorontwikkeld tot het PAct.

7.2. Ontwikkeling

Er zijn verschillende wetenschappelijk artikelen over onderzoek naar de omvang, duur en inhoud van dagbesteding bij cliënten met ZEVMB. Cliënten waren ongeveer veertien uur per week op een dagbestedingslocatie (Vlaskamp, Hiemstra, Wiersma, et al., 2007). Het doel van de activiteiten was onbekend. In een ander onderzoek bleek een grote diversiteit in omvang van dagactiviteiten (Wiersma et al., 2002). Gemiddeld werden 10,4 uur per week dagactiviteiten aangeboden. De meeste hiervan waren lichaamsgebonden, zoals snoezelen. Verder bleken begeleiders weinig tijd te besteden aan individuele begeleiding van cliënten (Hiemstra et al., 2007) en beperkte kennis te hebben over de functionele mogelijkheden van mensen met ZEVMB (Vlaskamp, Hiemstra &

Predicaat begeleidingsmethodiek: Persoonlijk activeringsprogramma (PAct)

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Model met vier pijlers om tot passend activiteitenaanbod te komen: 1) kennis over mogelijkheden cliënt, 2) aansluiten bij voorkeuren, 3) doelgericht, systematisch werken, 4) cyclisch karakter (Hiemstra, 2019).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Vierjarig onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen. De stappen van de ontwikkeling zijn beschreven in een hoofdstuk van een boek (Bruin Slot-Wiersma & Hiemstra, 2014). Het originele rapport van dit onderzoek is niet openbaar beschikbaar.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig | ☑ Aanwezig

☐ Controleerbaar | ☑ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid | ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid | ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig | ☐ Sterk

Toelichting: De resultaten over de werkzaamheid van het PAct worden genoemd in een hoofdstuk van een boek (Bruin Slot-Wiersma & Hiemstra, 2014). Het originele rapport van dit onderzoek is niet openbaar beschikbaar.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig | ☐ Aanwezig

☐ Controleerbaar | ☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid | ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid | ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig | ☐ Sterk

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van het PAct. Het rapport van het onderzoek is niet beschikbaar in openbare bronnen. Hierdoor is de onderzoeksmethode niet geheel bekend en is onduidelijk of ook kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden.

Wiersma, 2007). Ook bleek dat beschikbare kennis niet altijd werd toegepast in de praktijk. Deze onderzoeken geven geen informatie over de werkzaamheid van het PAct.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Om de werkzaamheid van het PAct te onderzoeken werd de methodiek in acht zorginstellingen geïmplementeerd (Bruin Slot-Wiersma & Hiemstra, 2014). Informatie over de aard, frequentie en duur van activiteiten werd verzameld met weekschema's en de bruikbaarheid van het PAct voor begeleiders werd in kaart gebracht met een vragenlijst. De mate waarin activiteitenbegeleiders zelfstandig met het PAct konden werken, werd beoordeeld aan de hand van de mate waarin een beroep werd gedaan op ondersteuning van gedragskundigen. Het aantal aangeboden activiteiten bleek significant gestegen van elf naar dertien per week. De aard en duur waren gelijk gebleven. Ook bleven de meeste activiteiten lichaamsgebonden. Deze resultaten over de werkzaamheid van het PAct worden genoemd in een hoofdstuk van een boek (Bruin Slot-Wiersma & Hiemstra, 2014). Verdere informatie over dit onderzoek is beschreven in het rapport *Hiemstra, S.J., Wiersma, L.A. & Vlaskamp, C. (2004). Dagactiviteiten voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen: keuze, inhoud en evaluatie. Eindrapportage van een onderzoek. Stichting Kinderstudies.* Dit rapport is niet gevonden in openbare bronnen. Hierdoor is de onderzoeksmethode niet geheel bekend en is onduidelijk of ook kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van het PAct gevonden.

7.5. Databank

Het PAct blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over het PAct

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Hiemstra, S. J., Vlaskamp, C. & Wiersma, L. A. (2007). Individual focus in an activity centre: An observational study among persons with profound and multiple disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities, 42*(1), 14–23. https://www.jstor.org/stable/23880135.

Vlaskamp, C., Hiemstra, S. J. & Wiersma, L. A. (2007). Becoming aware of what you know or need to know: gathering client and context characteristics in day services for persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *4*(2), 97–103. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00106.x.

Vlaskamp, C., Hiemstra, S. J., Wiersma, L. A. & Zijlstra, B. J. H. (2007). Extent, duration, and content of day services' activities for persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *4*(2), 152–159. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00112.x.

Wiersma, L. A., Beumer, H. M., Koedoot, P. & Vlaskamp, C. (2002). Dagactiviteiten voor mensen met zeer ernstige verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten (NTZ)*, *28*(3), 156–169.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Bruin Slot-Wiersma, L. A. & Hiemstra, S. J. (2014). Persoonlijk Activeringsprogramma. Resultaat van het onderzoek 'Dagactiviteiten voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen: keuze, inhoud en evaluatie.' In B. F. van der Meulen, A. A. J. van der Putten, P. Poppes & K. Reynders (red.), *Sporen van de Reiziger. Opvoeding en ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen nader onderzocht* (pp. 127–139). Uitgeverij Garant.

Hiemstra, S. J., Wiersma, L. & Vlaskamp, C. (2005a). *Persoonlijk activeringsprogramma: handleiding bij het bieden van activiteiten aan mensen met ernstige meervoudige beperkingen*. Landelijk kennisnetwerk gehandicaptenzorg (LKNG). Beschikbaar: www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/pact-het-persoonlijk-activeringsprogramma.

Hiemstra, S. J., Wiersma, L. A., Tadema, A. C. & Vlaskamp, C. (2005b). *LAS: Lijst voor het afstemmen van activiteiten en situaties op de mogelijkheden en voorkeuren van personen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (handleiding versie volwassenen)*. Stichting Kindstudies. Beschikbaar: www.programmaperspectief.nl/downloads.

Hiemstra, S. J. (2019). Persoonlijk Activeringsprogramma. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 375–384). Boom uitgevers.

Tadema, A. C., Hiemstra, S. J., Wiersma, L. A. & Vlaskamp, C. (2005). *LAS: Lijst voor het afstemmen van activiteiten en situaties op de mogelijkheden en voorkeuren van kinderen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (handleiding versie kinderen)*. Stichting Kinderstudies. Beschikbaar: www.programmaperspectief.nl/downloads.

Vlaskamp, C., Van der Meulen, B. F. & Smrkovsky, M. (1999). *Gedrags taxatie instrument voor personen met ernstige meervoudige beperkingen*. Stichting Kinderstudies.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Kennisplein Gehandicaptensector. (1 maart 2005). *Pact: Het Persoonlijk activeringsprogramma*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/pact-het-persoonlijk-activeringsprogramma.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over het PAct)

-

4.5.3. Verstaanbaar maken

Overzicht	
Ontwikkelaars	Leendert van Dam, gezondheidszorgpsycholoog Mirjam Roemer, gezondheidszorgpsycholoog
Organisatie	Niet bekend
Website	Verstaanbaar maken heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	2004: proefschrift (Van Dam & Roemer, 2004)
Jaar van laatste actualisering	2018: artikel (Roemer et al., 2018)
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☒ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* De ontwikkelaars beschrijven de doelgroep als mensen met een zeer ernstige verstandelijke (meervoudige) handicap (Van Dam & Roemer, 2004). De term 'meervoudig' staat tussen haakjes omdat een aantal cliënten bij wie de methodiek is ontwikkeld en onderzocht, alleen een zeer ernstige VB had en geen motorische of zintuiglijke beperkingen.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Voor de ontwikkeling van Verstaanbaar maken zijn interviews afgenomen bij ervaren groepsbegeleiders, activiteitenbegeleiders en spelleiders om ervaringskennis over communicatie met cliënten met ZEVMB op te halen (Van Dam & Roemer, 2004). In het proefschrift van Van Dam en Roemer wordt ook beschreven wat het effect was van de cursus over de methodiek bij 47 woonbegeleiders en 16 activiteitenbegeleiders en spelleiders.

Algemene beschrijving

Communiceren met cliënten met ZEVMB kan moeizaam zijn. De begeleidingsmethodiek Verstaanbaar maken is gebaseerd op onderzoek naar ervaringskennis van ervaren begeleiders met betrekking tot communicatie met mensen met ZEVMB. Begeleiders leren met deze methodiek te kijken naar kleine gedragingen van cliënten en krijgen zicht op het belang van hun eigen gedrag in de communicatie met cliënten. Ook leren ze hun eigen gedrag beter af te stemmen op het gedrag van de cliënt door rekening te houden met zijn tempo, mogelijkheden en signalen. Verder leren begeleiders de hoeveelheid, aard (bij-

voorbeeld geluid of aanraking) en duur van de aangeboden zintuiglijke prikkels en communicatievormen af te stemmen op de mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Bij Verstaanbaar maken wordt gebruikgemaakt van systematische videoanalyse.

Verstaanbaar maken voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Goede communicatie is een voorwaarde om de cliënt te kunnen ondersteunen. Begeleiders van mensen met ZEVMB moeten hun mogelijkheden, voorkeuren en wensen goed kennen en hun signalen goed kunnen interpreteren, zodat ze de ondersteuning daarop kunnen afstemmen.

2. Uitgangspunten

Begeleiders zijn bereid zich in cliënten te verdiepen en te leren over hun wijze van communiceren. Begeleiders zijn sensitief en responsief en vatten hun interpretatie van het gedrag van cliënten op als een hypothese die in de praktijk moet worden getoetst.

3. Doel

Het doel van Verstaanbaar maken is het verbeteren van de sensitieve responsiviteit van begeleiders. De methodiek biedt antwoord op de volgende vragen:

- Welke gedragingen van de cliënt zijn belangrijke signalen in de communicatie?
- Hoe brengt de begeleider een boodschap over aan de cliënt?
- Hoe ziet de begeleider dat de boodschap die hij/zij wil overbrengen daadwerkelijk is overgekomen?

4. Systematische werkwijze

Tijdens de cursus leren begeleiders dat de reactie van de cliënt feedback is op hun eigen handelen. Ze leren ook dat ze hun hypothesen (de interpretatie van het gedrag van de cliënt) systematisch moeten toetsen. Hiervoor krijgen ze tijdens de cursus een heuristisch model aangereikt, met afstreeplijsten waarmee ze betekenis kunnen toekennen aan signalen van de cliënt. Daarnaast worden video-opnamen van cliënten gebruikt om gedrag te signaleren en observeren, waarna de beelden worden geanalyseerd om het gedrag te interpreteren (Van Dam & Roemer, 2004). Het heuristisch model bestaat uit de volgende stappen:

1) Kijken
2) Gericht kijken (van globaal naar gedetailleerd)
3) Toekennen van betekenissen
4) Betekenissen opvatten als hypothesen
5) Hypothesen in volgorde zetten van waarschijnlijkheid (afstreeplijstje)
6) Afstreeplijstje toetsen in de praktijk
7) Reacties van cliënt opvatten als feedback op eigen handelen
8) Blijven openstaan voor verschillende interpretaties van gedrag; blijven zoeken naar betekenissen achter gedragingen
9) Alert blijven op vuilkuilen, zoals vermoeidheid, werkdruk, routine

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting:* In bronnen wordt niet gesproken over de PDCA-cyclus. Binnen Verstaanbaar maken (anders zou je kunnen denken dat in de bronnen hypothesen worden getoetst) worden wel hypothesen getoetst.

5. Doorlopende manier van handelen

Het interpreteren van gedrag van cliënten met ZEVMB en afstemmen op dit gedrag is een doorlopend proces. Volgens de ontwikkelaars moeten de in de cursus verworven kennis en vaardigheden worden onderhouden, bijvoorbeeld door regelmatig themamiddagen te organiseren en in teamoverleggen videobesprekingen te houden. Dit vervolg en handvatten hiervoor worden niet specifiek beschreven.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Voor de uitvoering van de methodiek is apparatuur voor het opnemen en afspelen van video's noodzakelijk. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Verstaanbaar maken.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk betreft een proefschrift (Van Dam & Roemer, 2004) dat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Verstaanbaar maken bevat. Bij de cursus wordt een boek uitgereikt. Dit boek is niet openbaar beschikbaar. Minimale informatie over Verstaanbaar maken is te vinden op www.communicatiemethodenemb.nl/methoden/verstaanbaar-maken.

Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Een driedaagse train-de-trainer-cursus is beschikbaar voor gedragskundigen, logopedisten en opleidingsmedewerkers die ervaring hebben met de doelgroep en scholing geven aan begeleiders van cliënten met ZEVMB via trainingmetzorg.nl/train-de-trainer-verstandbaar-maken.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Verstaanbaar maken. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De ontwikkeling van Verstaanbaar maken is gebaseerd op de hechtingstheorie (sensitieve responsiviteit) (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969) en het werk van Velthausz (de toepassing van ethologische observatie in de ondersteuning van mensen met ZEVMB) (Velthausz, 1987).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Verstaanbaar maken

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Hechtingstheorie (sensitieve responsiviteit) (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969) en het werk van Velthausz (toepassing van ethologische observatie in ondersteuning van mensen met ZEVMB) (Velthausz, 1987).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling van Verstaanbaar maken is beschreven in een proefschrift (van Dam & Roemer, 2004).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Het tweede deel van het proefschrift bestaat uit kwantitatief onderzoek naar het effect van Verstaanbaar maken na het volgen van de cursus (Van Dam & Roemer, 2004). De cursisten bleken na het volgen van de cursus aantoonbaar sensitiever en responsiever met betrekking tot signalen van cliënten. Dit resultaat was drie maanden na de cursus nog steeds aantoonbaar. Het effect voor cliënten is niet onderzocht.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Verstaanbaar maken.

7.2. Ontwikkeling

De ontwikkeling van de begeleidingsmethodiek is beschreven in een proefschrift (Van Dam & Roemer, 2004). Het eerste deel beschrijft een kwalitatief onderzoek (interviews) waarmee de ervaringskennis van ervaren begeleiders over de communicatie met mensen met ZEVMB in kaart is gebracht. Hierna wordt beschreven hoe deze kennis kan worden overgedragen op onervaren begeleiders. De resultaten zijn gebruikt voor de ontwikkeling van de methodiek. In het proefschrift wordt ook de opzet van de cursus voor Verstaanbaar maken beschreven. Later is observatieonderzoek verricht om de perceptie van gedragingen van mensen met ZEVMB in kaart te brengen (Roemer et al., 2018).

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Het tweede deel van het eerdergenoemde proefschrift beschrijft een kwantitatief onderzoek naar het effect van Verstaanbaar maken na het volgen van de cursus (Van Dam & Roemer, 2004). De cursisten bleken na het volgen van de cursus aantoonbaar sensitiever en responsiever met betrekking tot signalen van cliënten. Dit effect was drie maanden na de cursus nog steeds aantoonbaar. Het effect voor cliënten is niet onderzocht.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Verstaanbaar maken gevonden.

7.5. Databank

Verstaanbaar maken blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Verstaanbaar maken

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Roemer, M., Verheul, E. & Velthausz, F. (2018). Identifying perception behaviours in people with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(5), 820–832. https://doi.org/10.1111/jar.12436.

Proefschriften

Van Dam, L. & Roemer, M. H. P. (2004). *Verstaanbaar maken. Communicatie met mensen met een zeer ernstige verstandelijke (meervoudige) handicap: Inventarisatie en overdracht van ervaringskennis.* Universiteit Maastricht.

Boeken

Niet openbaar gevonden

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Communicatiemethoden EMB. (z.d.). *Verstaanbaar maken.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.communicatiemethodenemb.nl/methoden/verstaanbaar-maken.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Verstaanbaar maken)

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (volume 1): Attachment*. Basic Books.

Velthausz, F. J. M. (1987). *Sociaal gedrag, sociale interaktie en kommunikatie bij diepzwakzinnigen*. Universiteit Utrecht.

4.5.4. Vergelijking begeleidingsmethodieken ZEVMB

Op basis van de openbare bronnen zijn vier begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met ZEVMB, te weten: Dementia Care Mapping (DCM), Perspectief, Persoonlijk Activeringsprogramma (PAct) en Verstaanbaar maken. Op de voorgaande pagina's zijn deze begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Welke van deze vier komt als beste uit de bus? In de onderstaande tabel kunnen in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor ZEVMB

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Dementia Care Mapping (DCM)	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, niet controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	*Buitenland* • 1 wetenschappelijk artikel
Perspectief	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland* • 16 wetenschappelijke artikelen • 5 proefschriften • 15 boeken • 2 samenvattende documenten
PAct	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig, niet controleerbaar	Afwezig	*Nederland* • 4 wetenschappelijke artikelen • 6 boeken
Verstaanbaar maken	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	Afwezig	*Nederland* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 proefschrift

Uit de tabel op de vorige pagina blijkt dat Perspectief als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Bij het kiezen voor een begeleidingsmethodiek voor de doelgroep ZEVMB moet niet vergeten worden ook de begeleidingsmethodieken voor VB algemeen mee te nemen, aangezien deze ook voor mensen met ZEVMB geschikt kunnen zijn. De vergelijkingstabel uit 4.1.5 is hieronder nogmaals weergegeven. Daaruit blijkt dat Active Support zich qua onderbouwing kan meten met Perspectief, ook met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor VB algemeen

<table>
<tr><th rowspan="2">Methodiek</th><th rowspan="2">Theorie</th><th rowspan="2">Verantwoording ontwikkeling</th><th colspan="2">Aanwijzingen werkzaamheid</th><th rowspan="2">Openbare bronnen over methodiek</th></tr>
<tr><th>Kwantitatief</th><th>Kwalitatief</th></tr>
<tr><td>Active Support</td><td>Ja</td><td>Ja, controleerbaar</td><td>Aanwezig, controleerbaar
Werkzaamheid: sterk</td><td>Aanwezig, controleerbaar
Werkzaamheid: sterk</td><td>Nederland/Vlaanderen
• 1 wetenschappelijk artikel
• 1 scriptie
• 3 boeken
Buitenland
• 45 wetenschappelijke artikelen
• 6 boeken</td></tr>
<tr><td>De Curve</td><td>Ja</td><td>Ja, niet controleerbaar</td><td>Afwezig</td><td>Afwezig</td><td>Nederland/Vlaanderen
• 1 boek</td></tr>
<tr><td>Emancipatorisch Methodisch Kader (EMK)</td><td>Ja</td><td>Ja, niet controleerbaar</td><td>Afwezig</td><td>Afwezig</td><td>Nederland/Vlaanderen
• 1 boek
• 1 artikel zonder peerreview</td></tr>
<tr><td>Oplossingsgericht werken (LVB, MVB)</td><td>Nee</td><td>Ja, controleerbaar</td><td>Aanwezig, controleerbaar
Werkzaamheid: tegenstrijdig</td><td>Aanwezig, controleerbaar
Werkzaamheid: tegenstrijdig</td><td rowspan="2">Gecombineerd voor Oplossingsgericht werken en coachen
Nederland/Vlaanderen
• 4 wetenschappelijke artikelen
• 1 proefschrift
• 5 boeken
• 2 artikelen zonder peerreview
• 1 samenvattend document
• 3 scripties</td></tr>
<tr><td>Oplossingsgericht coachen (MVB, EVB, ZEVB)</td><td>Nee</td><td>Ja, controleerbaar</td><td>Afwezig</td><td>Aanwezig, controleerbaar
Werkzaamheid: tegenstrijdig</td></tr>
</table>

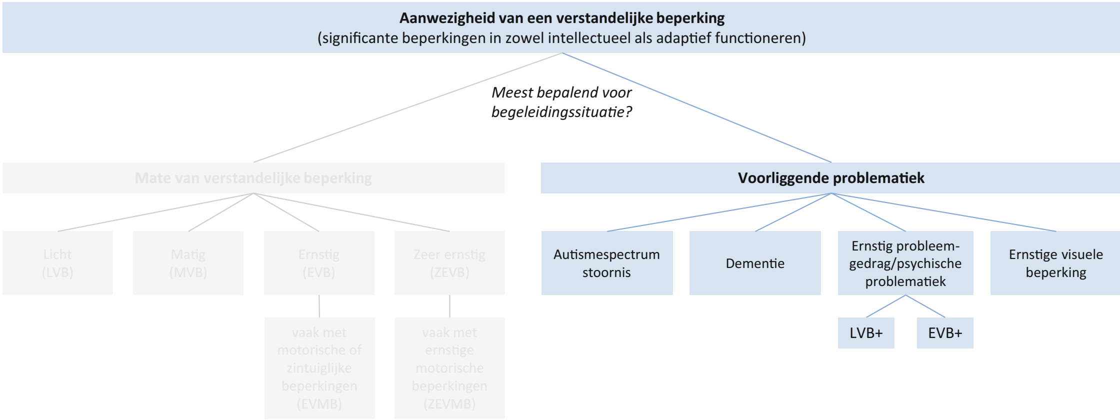
5.

Begeleidingsmethodieken voor doelgroepen op basis van voorliggende problematiek



Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken die ontwikkeld zijn om als begeleider in te spelen op de ondersteuningsbehoefte die voortkomt uit specifieke voorliggende problematiek. Met voorliggende problematiek wordt een chronische beperking, stoornis of ziekte bedoeld die een dermate grote invloed heeft op iemands leven en ondersteuningsbehoefte dat dit bepalender is voor begeleiding en ondersteuning dan de mate van VB. De voorliggende problematiek is weergegeven in figuur 5.1.

Op basis van de openbare bronnen zijn de begeleidingsmethodieken nader onderzocht en ingedeeld. Er zijn twee begeleidingsmethodieken gevonden voor autismespectrumstoornis, drie voor dementie, vijf voor ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek, inclusief LVB+ en EVB+, en drie voor ernstige visuele beperking.

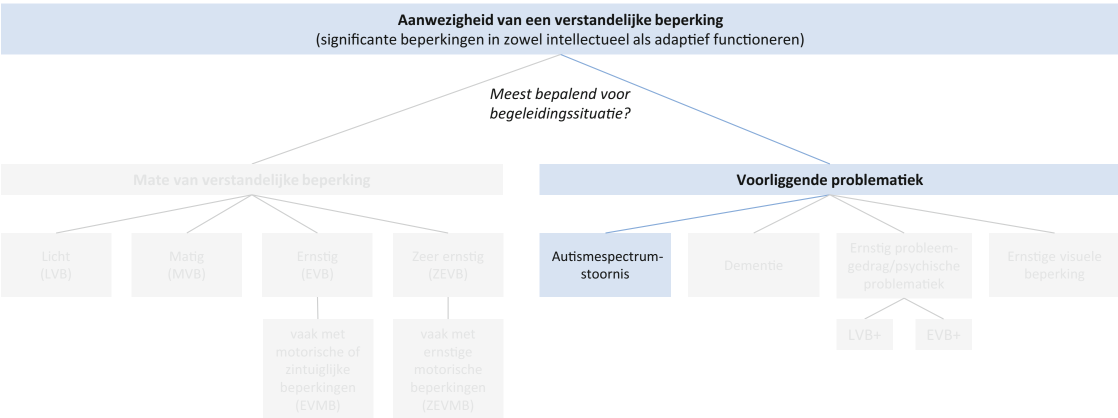


Figuur 5.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
Autismespectrumstoornis	2	Conceptondersteunende Communicatie (CoC) Geef me de 5	5.1.1, pagina 247 5.1.2, pagina 257
Dementie	3	Belevingsgerichte zorg Dementia Care Mapping (DCM) Urlings en Van der Linden	5.2.1, pagina 270 5.2.2, pagina 280 5.2.3, pagina 295
Ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek	5	ARGOS Gentle Teaching Heijkoop LifeWise Triple-C	5.3.1, pagina 308 5.3.2, pagina 316 5.3.3, pagina 328 5.3.4, pagina 343 5.3.5, pagina 354
Ernstige visuele beperking	3	Active Learning Contact/Kwaliteit in Communicatie (KiC) Zorg voor Participatie+ (ZvP+)	5.4.1, pagina 369 5.4.2, pagina 381 5.4.3, pagina 392

5.1. Autismespectrumstoornis

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met VB en een voorliggende autismespectrumstoornis (figuur 5.1.1). Het gaat hierbij niet om bijkomend autistiform gedrag of lichte vormen van autismespectrumstoornis. Wanneer de mate van VB voorliggend blijft, is een begeleidingsmethodiek daarvoor passender. Zodra de balans doorslaat van bijkomend autisme naar voorliggend autisme, waarbij het (ernstigere) autistische gedrag met name de begeleiding bepaalt, kan beter gekozen worden voor een begeleidingsmethodiek die voor autismespectrumstoornis ontwikkeld is. Hiervoor zijn twee begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen, te weten: Conceptondersteunende Communicatie (CoC) en Geef me de 5.



Figuur 5.1.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (5.1.3) een vergelijking gepresenteerd tussen de twee begeleidingsmethodieken. Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
Autismespectrumstoornis	2	Conceptondersteunende Communicatie (CoC) Geef me de 5	5.1.1, pagina 247 5.1.2, pagina 257

5.1.1. Conceptondersteunende Communicatie (CoC)

Overzicht	
Ontwikkelaars	Wilma Denteneer-Van der Pasch, gezondheidszorgpsycholoog Roger Verpoorten, consulent autisme en communicatie
Organisatie	Kentalis
Website	CoC heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	2007: basisboek (Denteneer-Van der Pasch & Verpoorten, 2007) (niet meer verkrijgbaar)
Jaar van laatste actualisering	2017: naslagwerk (Brands et al., 2017)
Doelgroep voorliggende problematiek	☒ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Conceptondersteunende Communicatie (CoC) is gericht op alle mensen met een autismespectrumstoornis (verder autisme genoemd), ongeacht leeftijd, ontwikkelingsniveau op het gebied van cognitie, spraak en taal, zintuigelijke beperking of andere stoornis (Brands et al., 2017; Kennisplein Gehandicaptensector, 2021). In de zorg en in het onderwijs is ervaring opgedaan met CoC bij kinderen, jongeren en volwassenen met autisme en bijkomende zintuiglijke beperkingen, een taalontwikkelingsstoornis en/of VB (Brands et al., 2017). De werkzaamheid van de methodiek is onderzocht bij mensen met autisme, een visuele beperking en in de meeste gevallen ook VB. De inzet van CoC blijkt een positief effect te hebben op hun probleemgedrag en stemming (Maljaars et al., 2015; Van de Sande, 2009; Van de Sande et al., 2010).
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* In het naslagwerk over CoC wordt aangegeven dat deze begeleidingsmethodiek kan worden ingezet “binnen de verschillende leefsferen (school, wonen, dagbesteding) waarin een persoon met autisme zich begeeft” (Brands et al., 2017). Onderzoeken naar werkzaamheid zijn gedaan op scholen, zowel regulier onderwijs als onderwijs voor mensen met een visuele beperking en/of VB, alsook in een intramurale setting (Maljaars et al., 2015; Van de Sande, 2009; Van de Sande et al., 2010).

Algemene beschrijving

Mensen met autisme verwerken informatie vaak anders dan mensen zonder autisme. Ook begrijpen ze waarnemingen vaak anders, geven ze er vaak een andere betekenis aan (conceptwaarneming) en hebben ze moeite met de communicatie hierover. CoC kan de communicatie tussen de cliënt en zijn/haar communicatiepartner verbeteren doordat betekenissen binnen de communicatie (communicatieconcepten) zo worden verduidelijkt dat ze deze allebei op dezelfde manier gebruiken en begrijpen (Brands et al., 2017).

Voordat met CoC kan worden gestart, is diagnostisch onderzoek nodig naar de sensorische informatieverwerking van de cliënt, zijn/haar niveau van betekenisverlening, waarneming van communicatievormen en begrip van taal en communicatie. Op basis van het profiel van de cliënt wordt bepaald hoe de methodiek op maat wordt ingezet. Vervolgens wordt een stapsgewijs plan opgesteld, waarbij ook de deelstappen worden beschreven. Aan de hand van video-opnamen wordt gekeken of de deelstappen goed worden doorlopen en in hoeverre de cliënt dit inmiddels zelfstandig kan. Daarna wordt geëvalueerd en bepaald hoe verder te gaan.

CoC voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Mensen met autisme hebben vaak moeite met het verwerken van informatie, het begrijpen van en betekenis geven aan hun waarnemingen (conceptwaarneming) en met communicatie hierover. Dit wordt nog eens versterkt wanneer er ook sprake is van andere problematiek, zoals een zintuigelijke, communicatieve of verstandelijke beperking. Wanneer de cliënt en zijn/haar communicatiepartner aan waarnemingen verschillende betekenissen toekennen, kan dat leiden tot misverstanden en frustraties, verminderde zelfstandigheid, verminderde sociale participatie, een negatieve stemming, laag zelfbeeld en probleemgedrag van de cliënt (Brands et al., 2017). Voor een goede communicatie is het belangrijk om af te stemmen op iemand met autisme, waarbij zijn/haar andere manier van waarnemen en betekenis verlenen het vertrekpunt is.

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van CoC (Brands et al., 2017):

- Begeleiders en verwanten zijn bekend met de problematiek van waarneming, informatieverwerking, betekenisverlening, taal en communicatie bij de cliënt.
- Begeleiders zijn vaardig om CoC toe te passen en kunnen daarvoor cursussen volgen bij Kentalis. Ouders worden betrokken bij de ondersteuning en worden geïnformeerd over de andere manier van informatieverwerking. Samen met de ouders worden gekeken naar de toepassing van CoC in de thuissituatie.
- Begeleiders en verwanten zijn bereid aanpassingen te doen om aan te sluiten bij de waarneming, informatieverwerking en betekenisverlening van de cliënt.
- Bij het doorlopen van de verschillende stappen is er nauw contact tussen de verschillende betrokken disciplines.

3. Doel

CoC heeft als doel de communicatie te verbeteren door betekenissen op zo'n manier te verduidelijken dat de cliënt en zijn/haar communicatiepartner deze op dezelfde manier gebruiken en begrijpen. Daarmee worden miscommunicatie en de problemen die daaruit kunnen voortvloeien voorkomen.

4. Systematische manier van handelen

CoC kent zeven stappen (Brands et al., 2017; Verpoorten & Denteneer, z.d.). In het naslagwerk over de methodiek is voor elke stap een vragenlijst of formulier beschikbaar (Brands et al., 2017).

1) In kaart brengen van het ontwikkelingsprofiel van de cliënt: het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren, de manier van waarnemen en verwerken van zintuigelijke prikkels (sensorisch profiel), de manier van waarnemen, begrijpen en uiten van betekenissen (communicatieprofiel) en de interesses en vaardigheden.
2) Onderzoeken welk concept bij de cliënt moet worden ondersteund en bepalen wat het doel is van de ondersteuning. Dit gebeurt op basis van het profiel dat in stap 1 is vastgesteld, en bijvoorbeeld adviezen over sensorische waarneming, probleemgedrag dat de cliënt bij een activiteit vertoont, observaties dat de cliënt een concept niet goed begrijpt en zijn/haar behoefte aan een nieuw concept of nieuwe betekenis.
3) Analyse van het concept om te voorkomen dat er in de communicatie te snel van wordt uitgegaan dat de cliënt alle deelelementen van het concept op dezelfde manier

kent en begrijpt als de communicatiepartner. Mensen met autisme kunnen een uitdrukking letterlijk opvatten terwijl deze figuurlijk is bedoeld, bijvoorbeeld 'een rondje gaan fietsen' of 'iemand in de kou laten staan'.

4) Onderzoeken hoe het concept of de betekenis moet worden gecommuniceerd. Hierbij zijn gegevens uit het communicatieonderzoek (verkregen bij stappen 1, 2 en 3) en eventuele aanvullende gegevens van de logopedist nodig:
   - Het ontwikkelingsprofiel van de cliënt.
   - Hoe de cliënt sensorische informatie waarneemt.
   - Op welk betekenisniveau de cliënt (taal)betekenissen waarneemt en begrijpt.
   - Hoe de communicatie met anderen verloopt.
   - Welke vormen en middelen voor de cliënt het meest geschikt zijn voor het ondersteunen van de communicatie.
   - Op welk niveau van betekenisverlening de gekozen vormen of middelen kunnen worden ingezet en welke leerstrategie voor de cliënt ondersteunend kan zijn.
5) Voorwaarden voor de omgeving en begeleiding bepalen, waarbij informatie uit stap 1 nodig is. De voorwaarden zijn: sociale veiligheid, omstandigheden die de cliënt sensorisch niet hinderen, een juist aanbod van materialen en ondersteunde communicatie, duidelijkheid over de persoon die de betekenis gaat communiceren en over de stappen die moeten worden gevolgd.
6) Taakanalyse: een stappenplan opstellen met de deelstappen die de cliënt chronologisch gaat doorlopen.
7) Analyse achteraf, waarbij wordt nagegaan of de cliënt alle deelelementen van de betekenis en onderlinge verbanden begrijpt zoals bedoeld en of er aanpassingen nodig zijn. Er wordt geëvalueerd of het gecommuniceerde concept juist was.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* Binnen CoC wordt methodisch gewerkt aan de hand van een vast stappenplan en SMART-geformuleerde doelen (= plan) door een multidisciplinair team, waar ook een gedragskundige, logopedist, leerkracht en verwanten deel van uitmaken. CoC is een doorlopend proces waarin steeds wordt geëvalueerd (= check) en bijgesteld (= act).

5. Doorlopende manier van handelen

Bij CoC wordt regelmatig geëvalueerd en gekeken hoe verder te gaan. Wanneer de cliënt een betekenis in een bepaalde situatie begrijpt en op de juiste manier kan toepas-

sen, is vaak generalisatie van deze betekenis nodig naar andere situaties. CoC is een doorlopend proces waarin steeds wordt geëvalueerd en bijgesteld (Brands et al., 2017).

6. Toepasbaarheid in de Nederland gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het naslagwerk (Brands et al., 2017) is gratis. Informatie over scholing is in openbare bronnen niet gevonden. Is deze beschikbaar, dan zijn er waarschijnlijk kosten aan verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van CoC.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over CoC (Brands et al., 2017). Het is gratis te downloaden van de website van Kentalis. Bij verschijning van het naslagwerk was vooral ervaring opgedaan met CoC bij jonge kinderen en jongeren met autisme en bij volwassenen met autisme en een zintuigelijke beperking en/of VB.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Voor CoC is geen implementatieplan gevonden. Wel kan bij Kentalis ondersteuning worden aangevraagd bij het inzetten van de methodiek.
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☒ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Om CoC goed te kunnen toepassen is scholing belangrijk, aldus de ontwikkelaars. Kentalis zou hiervoor klinische vaardigheidstrainingen aanbieden, maar in openbare bronnen is niet gevonden welke scholingen beschikbaar zijn. Informatie over scholing kan worden opgevraagd bij Kentalis.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor CoC. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

In het naslagwerk (Brands et al., 2017) worden autisme en de informatieverwerking bij mensen met autisme uitgebreid beschreven. Ook wordt ingegaan op het waarnemen en verwerken van prikkels, de betekenisverlening aan prikkels en de verschillen daarbij tussen mensen met en zonder autisme. De betekenisverlening aan prikkels uit zich bij mensen met autisme in een andere manier van communiceren. De problemen rondom communicatie bij mensen met autisme worden geanalyseerd aan de hand van het communicatiemodel van Verpoorten (1996). Dit communicatiemodel kent vijf dimensies (vorm, inhoud, functie, sociaal aspect, stijl) en vier niveaus van betekenisverlening (sensatie, presentatie, representatie, meta-representatie). De dimensies en niveaus van betekenisverlening zijn met elkaar verweven en beïnvloeden elkaar. Ook het begrip ‘concept’ en de deelelementen daarvan worden beschreven.

7.2. Ontwikkeling

De ontwikkeling CoC is gestart in 2007. In een basisboek (Denteneer-Van der Pasch & Verpoorten, 2007) werden autismespectrumstoornissen beschreven, met de nadruk op problematiek in waarneming en communicatie. Dit basisboek wordt vermeld in het naslagwerk over de methodiek (Brands et al., 2017), maar is niet meer verkrijgbaar. Aan de hand van de beschrijvingen uit 2007 werden klinische vaardigheidstrainingen opgezet om professionals te leren hoe ze communicatie op maat konden ondersteunen. Inmiddels is er ervaring in de zorg en in het onderwijs met de inzet van CoC bij mensen met autisme, al dan niet met zintuiglijke beperking en/of VB. In 2017 verscheen het huidige naslagwerk over CoC, dat een vertaling naar de actuele praktijk bevat (Brands et al. 2017).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Conceptondersteunende Communicatie (CoC)

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Opgebouwd vanuit kennis en inzicht in informatieverwerking en communicatie bij mensen met autisme (Brands et al., 2017). Problemen in de communicatie zijn geanalyseerd aan de hand van het communicatiemodel van Verpoorten (1996).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling is beschreven in een boek (Denteneer-Van der Pasch & Verpoorten, 2007). Dit boek is niet meer verkrijgbaar.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☑ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Uit het onderzoek van Van de Sande et al. (2010) met vier gevalsstudies met vragenlijsten bleek CoC bij twee kinderen met LVB/MVB te leiden tot afname van probleemgedrag en verbetering van de stemming. Bij twee personen met EVB bleek er een significante afname van probleemgedrag. In een mixed-methods onderzoek (Maljaars et al. 2015) werd ook een positief effect gevonden. In de masterscriptie van Van de Sande (2009) is het effect van CoC beschreven op stemming en probleemgedrag bij vijf kinderen, van wie één met VB. Bij het kind met VB verminderde het probleemgedrag en verbeterde de stemming (Van de Sande, 2009).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☑ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Een mixed-methods onderzoek met observaties van tien personen met autisme en MVB of (Z)EVB en interviews met hun behandelaren toonde aan dat inzet van CoC leidde tot verbetering in zelfstandigheid en/of stemming (Maljaars et al. 2015). Onderzoek van Maljaars & Noens (z.d.) met negen gevalsstudies met behulp van observatielijsten zou een positief van effect CoC aantonen t.a.v. zelfstandigheid, stemming en probleemgedrag. Dit laatste onderzoek is in openbare bronnen niet gevonden, waardoor de resultaten niet controleerbaar zijn.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid

In het naslagwerk (Brands et al., 2017) wordt gerefereerd aan een onderzoek bij Kentalis waarin vier gevalsstudies zijn gedaan naar de effecten van CoC (Van de Sande et al., 2010). Twee van deze studies zijn bij kinderen uitgevoerd met behulp van vragenlijsten. Het eerste kind was doof en had een lichte tot matige VB, het tweede kind had een gemiddelde non-verbale intelligentie, maar de niveaus van verbaal redenen en verbaal begrip lagen beneden het gemiddelde. Uit deze twee gevalsstudies bleek dat de inzet van CoC bij allebei leidde tot afname van het probleemgedrag en verbetering van de stemming. Bij twee andere personen, van 12 en 28 jaar, woonachtig in een instelling, werd CoC enkele jaren ingezet. De eerste persoon was doofblind en had een ernstige ontwikkelingsachterstand, de tweede persoon was doof en had EVB. Bij beiden bleek het probleemgedrag na verloop van tijd significant te zijn afgenomen.

De Katholieke Universiteit Leuven heeft in een mixed-methods onderzoek gekeken naar de effecten van de implementatie van CoC. Daarbij zijn observatielijsten gebruikt en werden interviews afgenomen. Omdat de observatielijsten zeer waarschijnlijk kwantitatief zijn geanalyseerd, wordt het onderzoek hier bij 7.3 kort benoemd. De inzet van CoC had een positief effect (Maljaars et al., 2015). Een uitgebreidere beschrijving is opgenomen bij 7.4 ten aanzien van de kwalitatieve resultaten.

In een masterscriptie is verslag gedaan van gevalsstudies bij vijf kinderen met autisme en auditieve en/of communicatieve beperkingen (Van de Sande, 2009). Een van de kinderen had ook een lichte tot matige VB. Met behulp van vragenlijsten werd het effect van CoC op de stemming en mate van probleemgedrag in kaart gebracht. Bij vier kinderen nam het probleemgedrag af en bij twee verbeterde ook de stemming. Bij het kind met VB verbeterde de stemming bij bepaalde activiteiten (lopen van en naar gym en zwemmen), maar de stemming over de gehele dag veranderde niet significant. Het probleemgedrag nam bij dit kind gedurende de onderzoeksperiode wel significant af.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid

In het naslagwerk van (Brands et al., 2017) worden twee onderzoeken genoemd van de Katholieke Universiteit Leuven. In het eerste mixed-methods onderzoek werd gekeken naar de effecten van de implementatie van CoC bij kinderen, jongeren en volwassenen met autisme, een visuele beperking en matige tot (zeer) ernstige VB (Maljaars et al., 2015). Hiervoor werd gebruikgemaakt van tien herhaalde gevalsstudies en semigestructureerde interviews. De herhaalde gevalsstudies hielden in dat bij iedere persoon over de

periode van een jaar dagelijks observaties werden gedaan, waarbij het verloop van de stemming en zelfstandigheid grafisch en statistisch werd geanalyseerd. Na het laatste registratiemoment werden de betrokken behandelaren geïnterviewd. Uit het onderzoek bleek dat de inzet van CoC leidde tot verbetering in zelfstandigheid en/of stemming.

In het tweede onderzoek werd gekeken naar het effect van CoC bij volwassenen met autisme en VB in vier verschillende woonvoorzieningen in Nederland en Vlaanderen, waaronder bij Kentalis (Maljaars & Noens, z.d.). Er werden negen gevalsstudies gedaan, waarbij gebruik werd gemaakt van observatielijsten. Geregistreerd werden de mate van zelfstandigheid, de stemming en het probleemgedrag tijdens een activiteit. Vergelijking van observaties gaf een indicatie van het effect van CoC op het functioneren van de cliënten. Over het algemeen verbeterden de zelfstandigheid en stemming. Probleemgedrag was bij vier cliënten nauwelijks aanwezig, bij vier van de vijf andere cliënten verminderde het probleemgedrag. Het tweede onderzoek is niet beschikbaar in openbare bronnen, waardoor de resultaten niet controleerbaar zijn.

7.5. Databank

CoC blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over CoC

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen

Maljaars, J., Hermans, K., Verpoorten, R., Denteneer-Van der Pasch, W., Van Berckelaer-Onnes, I. & Noens, I. (2015). Conceptondersteunende Communicatie voor slechtziende en blinde personen met een autismespectrumstoornis en een verstandelijke beperking op basis van de ComVoor-V: een interventiestudie. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, *4*, 134–143.

Maljaars, J. & Noens, I. (z.d.). *Augmentative communication for adults with autism spectrum disorder, intellectual disability and challenging behavior: A combination of several single case experiments*.

Van de Sande, K., Denteneer-Van der Pasch, W., Verpoorten, R. & Isarin, J. (2010). Conceptondersteunende Communicatie. 4 case studies. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, *2*, 60–71.

Verpoorten, R. (1996). Communicatie met verstandelijk gehandicapte autisten: Een multidimensioneel communicatiemodel. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, *22*(2), 106–120.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Niet openbaar gevonden

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Brands, T., Denteneer-Van der Pasch, W., Van de Sande, K. & Versteegen, M. (2017). *Werken met Conceptondersteunende Communicatie bij mensen met autisme – handleiding.* Kentalis. Beschikbaar: https://cdn.shopify.com/s/files/1/0536/7051/0757/files/Werken_met_Conceptondersteunende_Communicatie_bij_mensen_met_autisme_handleiding_ac-18-05.pdf?v=1632826369.

Verpoorten, R. & Denteneer, W. (z.d.). *Conceptondersteunende Communicatie voor mensen met een autismespectrumstoornis.* Kentalis (poster).

Scripties

Van de Sande, K. (2009). *Conceptondersteunende Communicatie voor kinderen met autisme in het speciaal onderwijs: Een multiple case design.* Universiteit Utrecht.

Webpagina's

Kennisplein Gehandicaptensector. (4 februari 2021). *Conceptondersteunende Communicatie bij autisme.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/communicatief-meervoudige-beperking/conceptondersteunende-communicatie-bij-autisme.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over CoC)

-

5.1.2. Geef me de 5

Overzicht	
Ontwikkelaars	Colette de Bruin, orthopedagoog
Organisatie	Geef me de 5
Website	www.geefmede5.nl
Jaar van ontwikkeling	2004: 1e druk naslagwerk
Jaar van laatste actualisering	2021: 19e herziene druk naslagwerk (De Bruin, 2021)
Doelgroep voorliggende problematiek	☒ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Geef me de 5 is gebaseerd op literatuur en praktijkervaringen over autistisch gedrag (7.1 en 7.2). Het naslagwerk van Geef me de 5 is geschreven voor ouders en verzorgers van kinderen met PDD-NOS en asperger (De Bruin, 2021). De ontwikkelaar geeft aan dat de methodiek ook toepasbaar is voor mensen met een (ernstige) VB, al dan niet met een autismespectrumstoornis, omdat deze doelgroep ook te maken heeft met informatieverwerkingsproblemen (De Bruin, 2019b). Zij geeft verder aan dat de methodiek ook geschikt is voor andere doelgroepen die problemen ervaren of probleemgedrag laten zien door verstoringen in de informatieverwerking, zoals jonge kinderen en mensen met dementie of niet-aangeboren hersenletsel. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van Geef me de 5 bij de doelgroep VB met autismespectrumstoornis.
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* De ontwikkelaar geeft aan dat Geef me de 5 inzetbaar is binnen alle levensgebieden: in het gezin, bij wonen, school, werk, relaties en maatschappelijke participatie (De Bruin, 2019b). Een scriptie naar de toepasbaarheid van Geef me de 5 bij kinderen met LVB richt zich op ambulante medewerkers en medewerkers van naschoolse dagbehandeling (Jonker & Welbergen, 2010).

Algemene beschrijving

Geef me de 5 is oorspronkelijk ontwikkeld voor opvoeders en verzorgers van kinderen met een autismespectrumstoornis. Met Geef me de 5 leert de begeleider duidelijkheid

en structuur te scheppen voor de cliënt en op een aansluitende manier te communiceren aan de hand van vijf onderdelen: wat, hoe, wanneer, waar en wie. De begeleidingsmethodiek heeft vijf pijlers:

1) Autisme begrijpen
2) Positief contact
3) Basisrust creëren
4) Problemen oplossen
5) Ontwikkeling bevorderen

Met Geef me de 5 stemt de begeleider de aanpak af op de oorzaak van het gedrag van de cliënt.

Geef me de 5 voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Iedereen is uniek. De visie van Geef me de 5 is: "Van overleven naar leven, naar regie over het eigen leven" (De Bruin, 2019b). Betrouwbaarheid en veiligheid, maar ook rust en ruimte zijn belangrijke voorwaarden voor de ontwikkeling van de cliënt. Startpunt is het realiseren van een veilige basis: een duidelijke en voorspelbare daginvulling.

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van Geef me de 5 zijn (De Bruin, 2019b):

- De oorzaak van gedrag bepaalt de aanpak. Deze oorzaak bestaat uit een of meerdere van acht verstoringen in het brein en vijf omgevingsfactoren. De acht storingen:
  1) Gefragmenteerd informatie verwerken
  2) Sociale informatie niet herkennen
  3) Foute koppeling maken
  4) Onder- of overgevoelig reageren
  5) Moeite hebben met betekenis verlenen
  6) Chaotisch informatie opslaan
  7) Referentiekaders missen
  8) Informatie niet kwijtraken

De vijf omgevingsfactoren die stress veroorzaken:
1) Overprikkeling
2) Onduidelijkheid
3) Onvoorspelbaarheid
4) Overvragen
5) Ondervragen

- Basishouding als grondslag voor handelen. Deze basishouding houdt in:
  - Authentiek zijn.
  - Respectvol waarnemen van, denken over en reageren op het gedrag van de cliënt.
  - Een positieve instelling hebben, inzet tonen en samenwerken.
  - Onvoorwaardelijk vertrouwen hebben en hoop geven.
  - Zelfreflectie hebben.
- Kijken door de 'Auti-bril'. Er wordt altijd naar het gedrag gekeken met kennis van autisme. De begeleider is auti-sensitief: hij/zij kan zich verplaatsten in het autistisch denken en vandaaruit actief afgestemd handelen.
- Methodisch werken (zie 4. Systematische werkwijze, dit wordt binnen Geef me de 5 methodisch werken genoemd).
- Gedrag wordt geïnterpreteerd als een signaal of hulpvraag. Mensen met VB, al dan niet in combinatie met een autismespectrumstoornis, hebben beperkingen in betekenisverlening, inzicht, overzicht en samenhang. Dit kan zich uiten in probleemgedrag. Geef me de 5 interpreteert dit gedrag als een signaal of hulpvraag.

3. Doel

Geef me de 5 heeft als doel de zelfstandigheid van cliënten te bevorderen en hen een optimale ontwikkeling te laten doormaken om zo de kwaliteit van leven te vergroten.

4. Systematische werkwijze

De drie stappen van Geef me de 5 zijn (De Bruin, 2019b):

1) Werken vanuit de principes van Geef me de 5: begeleiders werken vanuit de visie, basishouding en communicatie van de methodiek. Zo nodig geeft de begeleider de cliënt en/of betrokkenen rondom de cliënt psycho-educatie, zodat de cliënt zichzelf beter begrijpt en/of de mensen om de cliënt heen hem/haar beter begrijpen.
2) Een veilige basis bouwen: de taken voor de cliënt zijn duidelijk en voorspelbaar. Als de veilige basis goed is ingesleten, kan de cliënt leren flexibeler met de structuur om

te gaan. Ook het gebruik van 'Auti-communicatie' is belangrijk voor de veilige basis. Dit betekent dat de begeleider op een duidelijke, voorspelbare wijze communiceert en samenhang aanbrengt wanneer deze voor de cliënt ontbreekt.

3) Ontwikkelen van persoonsafhankelijk, naar structuurafhankelijk, naar zo zelfstandig mogelijk: dit wordt binnen Geef me de 5 'methode P/S/Z' (hierna: P/S/Z) genoemd. Vanuit de veilige basis brengt de begeleider de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt in kaart. Afhankelijk van de fase waarin de cliënt zich bevindt, worden doelen opgesteld. Doelen kunnen betrekking hebben op drie niveaus: begrijpen, weten of doen. Er wordt gewerkt met langetermijndoelen, korte werkdoelen en deeltaken.

Naast Auti-communicatie en P/S/Z wordt binnen Geef me de 5 gebruikgemaakt van WAT'en: waarnemen, aansluiten, toevoegen.

- Waarnemen: de begeleider kijkt met de Auti-bril naar de cliënt.
- Aansluiten: de begeleider doet mee, ontvangt of doet niets, afhankelijk van de behoefte van de cliënt.
- Toevoegen: de begeleider geeft de cliënt nieuwe informatie door gebruik van Auti-communicatie.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting:* Geef me de 5 bevat geen PDCA-cyclus. Er worden doelen gesteld, maar er geen duidelijke evaluatie of werkwijze in cycli.

5. Doorlopende manier van handelen

De ontwikkelaar geeft aan dat de methodiek 24 uur per dag, zeven dagen per week en op alle levensgebieden inzetbaar is: in het gezin, op het gebied van wonen, school, werk, relaties en maatschappelijke participatie (De Bruin, 2019b).

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het merendeel van de hulpmiddelen is gratis te downloaden van de website van Geef me de 5 (www.geefmede5.nl). De naslagwerken zijn tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Geef me de 5.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Er zijn verschillende naslagwerken over Geef me de 5. • Een naslagwerk over Geef me de 5 in het algemeen (De Bruin, 2021) met zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie. • Naslagwerken over specifieke onderdelen van de methodiek, zoals Auti-communicatie (De Bruin, 2018a), psycho-educatie (De Bruin, 2018c) en theoretische onderbouwing (De Bruin, 2018b). • Een naslagwerk met praktijkvoorbeelden over een vrouw met LVB en autismespectrumstoornis (De Bruin & Bleeker, 2009). • Naslagwerken die kunnen worden gebruikt bij uitleg over een autismespectrumstoornis aan cliënten of betrokkenen (De Bruin, 2019a, 2020c, 2020a, 2020b; De Bruin & De Bruin, 2009).
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zijn verschillende Geef me de 5-scholingen beschikbaar: basiscursus, basiscursus EVB en basiscursus logopedie. Cursusgroepen bestaan uit zowel ouders als professionals (m.u.v. de basiscursus logopedie). Naast de basiscursussen is er een verdiepingscursus. Er zijn mogelijkheden voor incompanylezingen en -cursussen. Beschikbaar: www.geefmede5.nl/cursussen/zorg.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).

Certificering	☐ Ja, eenmalig ☒ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Zorginstellingen en zelfstandige professionals kunnen gecertificeerd werken volgens Geef me de 5. Om als zorginstelling Geef me de 5 te kunnen 'zijn', is het essentieel dat naast begeleiders en andere betrokken zorgprofessionals ook de directie en het management de visie van de methodiek onderschrijven. Eindverantwoordelijke professionals (functie niet gespecificeerd) moeten in staat zijn de werkwijze over te brengen. Licentiehouders krijgen coaching van Geef me de 5 en zijn op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen. Voor informatie over het licentieprogramma kan contact worden gezocht via de website.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Geef me de 5. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Geef me de 5 is beschreven in verschillende boeken (De Bruin, 2012, 2018a, 2018b, 2020b). In het algemene naslagwerk wordt een relatie gelegd tussen autistisch gedrag en de volgende literatuur (De Bruin, 2021):

- Centrale coherentie (Baron-Cohen & Swettenham, 1997): het grote geheel overzien en er de juiste betekenis aan geven.
- Executieve functies (Ozonoff, 1995): het plannen en organiseren van taken en daarin schakelvaardig, flexibel zijn.
- 'Theory of mind' (Frith, 1996): het innerlijk van de ander begrijpen, er rekening mee houden en daarnaast ook je eigen innerlijk herkennen, kunnen verwoorden en ernaar kunnen handelen.

In 2017 is Geef me de 5 verder theoretisch onderbouwd met behulp van literatuuronderzoek door onderzoeker Fabiënne Naber (De Bruin, 2018b, 2019b). Het literatuuronder-

Predicaat begeleidingsmethodiek: Geef me de 5

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Centrale coherentie (Baron-Cohen & Swettenham, 1997), executieve functies (Ozonoff, 1995), *theory of mind* (Frith, 1996). 2017: Verdere theoretische onderbouwing m.b.t. acht verstoringen in het brein.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Autistisch gedrag wordt beschreven aan de hand van bovenstaande theorieën. De boeken beschrijven geen concrete stappen van ontwikkeling van Geef me de 5 (De Bruin, 2018b, 2021). In het boek *Dit is autisme* wordt autisme uitgelegd aan de hand van de acht verstoringen (De Bruin, 2018b).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Geef me de 5.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Geef me de 5.

zoek is niet gevonden in openbare bronnen. De inzichten vanuit het literatuuronderzoek in combinatie met praktijkervaringen zijn:

- Gefragmenteerde informatieverwerking (en niet gefragmenteerde waarneming) is de oorzaak van gedrag.

Autistisch gedrag wordt niet veroorzaakt door problemen met de theory of mind, centrale coherentie, executieve functies of spiegelneuronen. Deze problemen zijn het gevolg van gefragmenteerde informatieverwerking en een beperkt werkende sulcus temporalis superior in het brein, die sociale informatie niet als zodanig herkent.

Het meeste recente naslagwerk (uit 2021) bevat informatie over de theory of mind, centrale coherentie en executieve functies, maar verwijst niet naar het onderzoek van Naber en de acht verstoringen in het brein (De Bruin, 2021).

7.2. Ontwikkeling

Geef me de 5 is met name gebaseerd op praktijkervaringen. Verder wordt autistisch gedrag beschreven aan de hand van bovenstaande theorieën (De Bruin, 2018b, 2021). In de boeken over (onderdelen van) de methodiek worden geen concrete stappen van de ontwikkeling van Geef me de 5 beschreven. In het boek *Dit is autisme* wordt autisme uitgelegd aan de hand van de acht verstoringen (De Bruin, 2018b). In de lopende tekst staan geen referenties. Op het eind van het boek is wel een bronnenlijst gegeven per hoofdstuk.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Geef me de 5 bij mensen met VB gevonden.

Wel is een scriptie gevonden naar de toepasbaarheid van Geef me de 5 bij kinderen met LVB (Jonker & Welbergen, 2010). In dit onderzoek zijn elf ambulante medewerkers bevraagd middels een interview en zeventien medewerkers van een naschoolse dagbehandeling (groepsleiding, orthopedagoog en clusterhoofd) middels een enquête. Medewerkers benoemden zowel positieve (zoals het geven van duidelijkheid) als negatieve aspecten (zoals tijd) van Geef me de 5. De kennis over de begeleidingsmethodiek verschilde onder medewerkers. Verder gaven medewerkers aan dat Geef me de 5 breed inzetbaar is. Naast de toepasbaarheid voor medewerkers, is de werkzaamheid van de begeleidingsmethodiek ten aanzien van cliënten niet onderzocht.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Geef me de 5.

7.5. Databank

Geef me de 5 blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Geef me de 5

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

De Bruin, C. (2018a). *Auti-communicatie Geef me de 5: Brug tussen mensen met en zonder autisme* (8e druk). Graviant educatieve uitgaven.

De Bruin, C. (2018b). *Dit is autisme: Van hersenwerking tot gedrag*. Graviant educatieve uitgaven.

De Bruin, C. (2018c). *Psycho-educatie: Dit is autisme* (2e druk). High 5 Publishers.

De Bruin, C. (2019a). *Draaikolken in Luna's hoofd: Streepjesserie Geef me de 5 – deel 1*. High 5 Publishers.

De Bruin, C. (2019b). Geef me de 5. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 235–251). Boom uitgevers.

De Bruin, C. (2020a). *Bram kan het zelf: Streepjesserie Geef me de 5 – deel 3*. High 5 Publishers.

De Bruin, C. (2020b). *De aanpak bij autisme volgens de Geef me de 5-methodiek – Uitleg in beeld*. High 5 Publishers.

De Bruin, C. (2020c). *Prinses Anna in de blote billen: Streepjesserie Geef me de 5 – deel 2*. High 5 Publishers.

De Bruin, C. (2021). *Geef me de 5: Een praktisch houvast bij de opvoeding en begeleiding van kinderen met autisme* (19e druk). Graviant educatieve uitgaven.

De Bruin, C. & Bleeker, E. (2009). *De ziekte van onduidelijkheid: Evelien, een vrouw met autisme, schrijft over haar leven binnen de muren van de zorg*. Graviant educatieve uitgaven.

De Bruin, C. & De Bruin, A. (2009). *Mick: Mick is anders, omdat hij autisme heeft*. Graviant educatieve uitgaven.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Jonker, A. & Welbergen, M. (2010). *"Geef me de vijf", een gouden greep?* Hogeschool Windesheim.

Webpagina's

Geef me de 5. (z.d.). *Van overleven naar leven – voor omgang met mensen met autisme.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.geefmede5.nl/home.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Geef me de 5)

Baron-Cohen, S. & Swettenham, J. (1997). Theory of mind in autism: its relationship to executive function and central coherence. In D. Cohen & F. Volkmar (red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (2e druk, pp. 1–40). John Wiley and Sons.

Frith, U. (1996). *Sleutel tot het raadsel*. Bosch & Keuning uitgeversgroep.

Ozonoff, S. (1995). Executive linchons in autism. In E. Schopler & G. B. Mesibou (red.), *Learning and cognition in autism* (pp. 199–219). Plenum Press.

5.1.3. Vergelijking begeleidingsmethodieken autismespectrumstoornis

Op basis van de openbare bronnen zijn twee begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met VB en een autismespectrumstoornis, te weten: Conceptondersteunende Communicatie (CoC) en Geef me de 5. Op de voorgaande pagina's zijn deze begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Welke van deze twee komt als beste uit de bus? In de onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven.

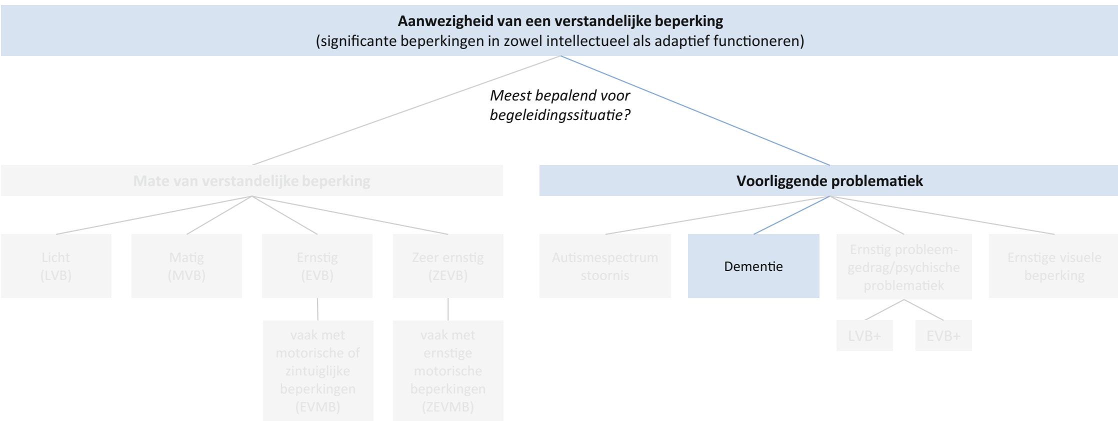
Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor voorliggende autismespectrumstoornis

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Conceptondersteunende Communicatie (CoC)	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig: controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig: controleerbaar Werkzaamheid: matig	*Nederland* • 4 wetenschappelijke artikelen • 2 samenvattende documenten
Geef me de 5	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland* • 11 boeken • 1 scriptie

Uit bovenstaande tabel blijkt dat CoC als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en matige werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek.

5.2. Dementie

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met VB en dementie (figuur 5.2.1). Hiervoor zijn drie begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen: Belevingsgerichte zorg, Dementia Care Mapping (DCM) en Urlings en Van der Linden. Hierbij moet worden opgemerkt dat de doelgroep waarvoor de methodiek bedoeld is bij Belevingsgerichte zorg niet duidelijk afgebakend is. Oorspronkelijk is Belevingsgerichte zorg ontwikkeld voor dementie in de algemene bevolking; daarna is de methodiek aangepast voor mensen met VB. Logischerwijs is het dus inzetbaar voor mensen met VB en dementie, echter spreekt het boek over Belevingsgerichte zorg over "ouderen met VB", een veel bredere, heterogene groep mensen waarbinnen logischerwijs ook de groep met dementie zit. Mogelijk heeft dat te maken met het feit dat de doelgroep VB en dementie pas de laatste jaren toenemende aandacht krijgt.



Figuur 5.2.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (5.2.4) een vergelijking gepresenteerd tussen de drie begeleidingsmethodieken. Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd

om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
Dementie	3	Belevingsgerichte zorg Dementia Care Mapping (DCM) Urlings en Van der Linden	5.2.1, pagina 270 5.2.2, pagina 280 5.2.4, pagina 294

5.2.1. Belevingsgerichte zorg

Overzicht	
Ontwikkelaar	Cora van der Kooij †, verpleegkundige
Organisatie	Niet bekend
Website	www.coravanderkooij.com/belevingsgerichte-zorg
Jaar van ontwikkeling	2003: proefschrift (Van der Kooij, 2003)
Jaar van laatste actualisering	2014: naslagwerk (Van der Kooij, 2014)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☒ VB + dementie ☐ VB + doofblindheid ☐ VB + ernstige visuele problemen ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Belevingsgerichte zorg is oorspronkelijk ontwikkeld voor ouderen met dementie zonder VB (Van der Kooij, 2003). Later richtte de ontwikkelaar zich ook op ouderen met VB (Van der Kooij, 2014; Van der Kooij & Weidner, 2019). De methodiek richt zich niet expliciet op mensen met VB én dementie, maar het is aannemelijk dat ze inzetbaar is voor deze doelgroep (zie 5.2). De ontwikkelaar geeft aan dat een algemene typering van de oude(re) cliënt niet goed mogelijk is. De mate van VB, bijkomende aandoeningen, bepaalde syndromen en individuele factoren spelen een rol bij het optreden en verloop van ouderdomsverschijnselen. Het cognitieve niveau kan wel een indicator zijn voor de leeftijd waarop het ouder worden mogelijk begint. De ontwikkelaar geeft in een naslagwerk over de methodiek aan (Van der Kooij & Weidner, 2019) dat binnen de gehandicaptenzorg deze indeling voor 'oudere' wordt gehanteerd (Kennisplein Gehandicaptensector, z.d.): • LVB > 65 jaar • MVB > 50 jaar • (Z)EVB > 40 jaar • Downsyndroom > 40 jaar Contra-indicatie: De methodiek is niet ontwikkeld voor de begeleiding van cliënten die probleemgedrag vertoonden voordat ouderdomsverschijnselen optraden (Van der Kooij & Weidner, 2019).
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☐ Wonen ☒ Niet (verder) gespecificeerd door ontwikkelaar

Algemene beschrijving

Belevingsgerichte zorg is ontwikkeld voor ouderen (zonder VB) met dementie. Later is de methodiek uitgebreid voor ouderen met VB (zonder dementie). Binnen de methodiek staat de belevingswereld van de cliënt (hoe hij iets ervaart) centraal.

Belevingsgerichte ouderenzorg is de methodische uitwerking van het Zingevingsmodel. In dit model zijn de drie aspecten geïntegreerd die de professionele eigenheid van het verzorgende beroep bepalen: medisch-verpleegkundige, pedagogische/psychologische en gevoelsmatige professionaliteit. Bij dit laatste aspect gaat het om intuïtie op basis van ervaringen.

De begeleidingsmethodiek biedt praktische handvatten om de individuele ervaringen van begeleiders met een ouder wordende cliënt om te zetten naar een gezamenlijke, op hem toegespitste manier van ondersteunen. Binnen Belevingsgerichte zorg wordt daarom gewerkt met vragen die de bewustwording en het waarnemingsvermogen van begeleiders versterken. Ook wordt veel belang gehecht aan uitwisseling binnen het team: de gevoelsmatige professionaliteit wint aan kwaliteit wanneer collega's open met elkaar praten over opvattingen, normen, waarden en gevoelens.

Benamingen methodiek

Voor de methodiek worden verschillende benamingen gebruikt. De methodiek is oorspronkelijk ontwikkeld voor ouderen met dementie (zonder VB) onder de naam Geïntegreerde belevingsgerichte zorg (Van der Kooij, 2003). Geïntegreerde belevingsgerichte zorg en Belevingsgerichte zorg worden wisselend gebruikt. In een boek van de ontwikkelaar gericht op ouderen met VB wordt gesproken over Belevingsgericht begeleiden (Van der Kooij, 2014). In een ander (hoofdstuk van een) boek is sprake van Belevingsgerichte ouderenzorg (Van der Kooij & Weidner, 2019). In *De Grote Methodiekengids* wordt Belevingsgerichte zorg aangehouden.

Belevingsgerichte zorg voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Belevingsgerichte zorg gaat uit van de kwetsbare mens. In dit mensbeeld zijn niet alleen mensen die te jong of te oud zijn om voor zichzelf te zorgen en mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen kwetsbaar, maar iedereen; in het leven vinden voort-

durend veranderingen plaats die om aanpassingen vragen. Het is aan begeleiders om op basis van samen geformuleerde uitgangspunten aan te sluiten bij de persoonlijkheid en veranderende beleving en behoeften van de cliënt.

2. Uitgangspunten

Bij Belevingsgerichte zorg staat de beleving van de oudere cliënt (hoe hij/zij iets ervaart) centraal. De cliënt is het uitgangspunt, niet zijn ziekten of beperkingen. De ondersteuning wordt afgestemd op de individuele behoeften, gevoelens en gewoonten van de cliënt, waardoor hij/zij zich oprecht gesteund voelt en het gevoel van eigenwaarde intact blijft.

3. Doel

De doelen van Belevingsgerichte zorg:

1) Begeleiders bewust maken van hun waarnemingen en ervaringen bij cliënten die te maken hebben met het ouder worden.
2) Adequate begeleiding van ouderen met VB door een juiste balans tussen het stimuleren van mogelijkheden en compenseren van wat verloren gaat.
3) Oudere cliënten in staat stellen zo veel mogelijk te beleven, bij voorkeur met ervaringen die een gevoel van welbevinden geven.
4) Begeleiders in staat stellen om als team zelfstandig de veranderende begeleiding te bepalen en uit te voeren.

4. Systematische werkwijze

De werkwijze van Belevingsgerichte zorg bestaat uit deze zeven stappen (Van der Kooij & Weidner, 2019):

1) Waarnemen, zoekend reageren en handelen, contact ervaren
   De begeleider zoekt naar de juiste manier om contact te maken met de cliënt. Hierbij kan de begeleider verschillende belevingsgerichte benaderingen gebruiken, zoals realiteitsoriëntatie, validation of reminiscentie (Kerr, 2010). De begeleider vraagt zich nadien niet af of hij/zij de benadering heeft toegepast, maar wel of hij/zij contact heeft ervaren en hoe hij/zij dat heeft bereikt.
2) Reflecteren op de eigen handelwijze, ervaring en spanningsvelden daarbij
   Hierbij stelt de begeleider zichzelf vragen als: Wat maakte dat ik zo reageerde? Wat voelde ik voordat ik dit deed? Wat deed en zei ik concreet? Had ik oogcontact met

de cliënt? Hoe was mijn stem? Zouden mijn collega's ook zo reageren of was het persoonlijk?

3) Communiceren, met de focus op de positieve contactmomenten
Tijdens de belevingsgerichte cliëntbespreking verdiepen begeleiders zich samen in de cliënt aan de hand van de zogenoemde 'karakteristiek' (zie stap 4). Ze wisselen indrukken en ervaringen uit en leggen positieve contactmomenten vast.
4) Documenteren met behulp van de daarvoor ontwikkelde belevingsgerichte lijsten en instrumenten:
   - Observatielijst begeleiding en zorg: deze gebruiken begeleiders om een nieuwe cliënt beter te leren kennen en de eerste ervaringen met hem vast te leggen.
   - Lijst met vragen over de levensgeschiedenis van de cliënt: deze richt zich op de beleving die achter de feiten schuilgaat.
   - Ondersteuningsplan: hierin worden alle aandachtspunten opgenomen voor de activiteiten van het dagelijks leven en het wonen en leven van de cliënt. Per item wordt omschreven welk gedrag de cliënt laat zien en uit welke beleving dat voortkomt.
   - Karakteristiek: hierin worden alle gegevens samengebracht tot een totaalbeeld van de cliënt. Het gaat hierbij om observaties van het gedrag van de cliënt, de beleving van de cliënt, de belangrijkste elementen uit zijn/haar levensloop en hoe hij/zij de huidige situatie ervaart. Hierbij wordt een relatie gelegd tussen gedrag en beleving.
   - 'Sluiplijst' (mogelijk) beginnende dementie: hiermee kunnen begeleiders hun eerste gevoel dat er met de cliënt mogelijk iets aan de hand is toetsen en in het team bespreken. Het is geen diagnostisch instrument; het is bedoeld om begeleiders te helpen zich bewust te worden van hun waarnemingen.
5) Communicatief en professioneel handelen
Het team gaat terug naar stap 1 en zet daarna opnieuw de vervolgstappen, maar nu met meer inzicht en onderbouwing. Het resultaat is dat het team een gemeenschappelijke taal ontwikkelt, begrippen met eenzelfde lading gebruikt en dat er gezamenlijke geformuleerde inzichten en opvattingen ontstaan: de zogenoemde geïntegreerde professionaliteit of communicatieve rationaliteit.
6) Evalueren en opnieuw bespreken
7) Werkwijze borgen

Op de website Kennisplein Gehandicaptensector wordt bij de beschrijving van Belevingsgerichte zorg verwezen naar een dertienstappenplan (Pool et al., 2003). Het is onduidelijk hoe het zevenstappenplan en dertienstappenplan zich tot elkaar verhouden. In *De Grote Methodiekengids* wordt het zevenstappenplan aangehouden, zoals de ontwikkelaar dat aangeeft voor de gehandicaptenzorg (Van der Kooij & Weidner, 2019).

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* De ontwikkelaar geeft niet concreet aan dat binnen Belevingsgerichte zorg met de PDCA-cyclus wordt gewerkt. Wel is er een vast zevenstappenplan, waarbinnen evalueren en opnieuw bespreken (stap 6) belangrijke onderdelen zijn. Het stellen van doelen wordt hierbij niet expliciet genoemd.

5. Doorlopende manier van handelen

Begeleiders bespreken de karakteristiek en het ondersteuningsplan van de cliënt regelmatig en herformuleren ze als dit nodig is. Bij Belevingsgerichte zorg is het gebruikelijk om voor iedere cliënt eens per halfjaar een cliëntbespreking te houden. Zo nodig gebeurt dit vaker. De ontwikkelaar geeft aan dat de methodiek een permanent aanwezige leidraad is, die niet slechts incidenteel of vraaggericht wordt ingezet.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Belevingsgerichte zorg.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Van der Kooij, 2014) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Belevingsgerichte zorg. In dit boek staan ook verschillende opdrachten voor begeleiders. In een ander (hoofdstuk van een) boek wordt het zevenstappenplan beschreven (Van der Kooij & Weidner, 2019).
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* In de bronnen is geen concreet implementatieplan gevonden, maar het boek *Gewoon lief zijn?* (Van der Kooij, 2003) bevat wel een hoofdstuk over de implementatie van Belevingsgerichte zorg bij ouderen met dementie (zonder VB).

Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Op de website Kennisplein Gehandicaptensector wordt voor scholing over Belevingsgerichte zorg verwezen naar IMOZ Opleiding en Training (Kennisplein Gehandicaptensector, z.d.). Deze organisatie biedt verschillende scholingen aan, die zich niet (expliciet) op de gehandicaptenzorg richten. Beschikbaar: www.imoz.nl/belevingsgerichte-zorg-opleidingen. • Een driedaagse Basistraining Beleving belevingsgerichte zorg, die kan worden uitgebreid met vier losse uitbreidingsmodules (Dementie, Omgevingszorg, Samenwerken in de driehoek en Belevingsgerichte activiteiten). • Drie dertiendaagse vervolgopleidingen, gericht op psychogeriatrie, somatiek en gerontopsychiatrie (open inschrijving en incompany). Instroomeisen: minimaal niveau mbo 3, minimaal 1 jaar werkzaam en minimaal een aanstelling van 20 uur per week.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Deelnemers aan de basiscursus ontvangen na afronding een certificaat. Aanvullende modules worden in het certificaat opgenomen. Deelnemers aan de vervolgopleidingen ontvangen zowel een certificaat als een erkend diploma met speld. De vervolgopleidingen zijn ook geaccrediteerd door het Kwaliteitsregister V&VN. In de bronnen wordt niet aangegeven of de certificering al dan niet eenmalig is.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel en 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Belevingsgerichte zorg, waarna de resultaten in de tekst verder worden toegelicht.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Belevingsgerichte zorg

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op het Zingevingsmodel (Van der Kooij, 2003).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling van Geïntegreerde belevingsgerichte zorg voor ouderen met dementie is beschreven in een proefschrift (Van der Kooij, 2003). De verdere ontwikkeling van de methodiek naar de gehandicaptensector is niet beschreven.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Belevingsgerichte zorg in de gehandicaptenzorg.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Belevingsgerichte zorg in de gehandicaptenzorg.

7.1 Theoretische onderbouwing

Belevingsgerichte zorg is oorspronkelijk ontwikkeld voor ouderen met dementie zonder VB (Van der Kooij, 2003). De methodiek is gebaseerd op het Zingevingsmodel. Dit model benadrukt hoe belangrijk begeleiders zijn voor het functioneren en welbevinden van de cliënt. De ervaringen van begeleiders met een cliënt vormen het vertrekpunt voor het formuleren van zijn/haar specifieke behoeften ten aanzien van begeleiding en zorg (Van der Kooij & Weidner, 2019).

7.2 Ontwikkeling

De ontwikkeling van Belevingsgerichte zorg voor ouderen met dementie is beschreven in een proefschrift (Van der Kooij, 2003). De methodiek is later uitgebreid voor oudere mensen met VB. De verdere ontwikkeling van de methodiek naar de gehandicaptensector is niet beschreven. Op dit moment loopt er wel een promotieonderzoek dat ingaat op hoe vorm wordt gegeven aan Belevingsgerichte zorg bij mensen met VB, wat het voor hen precies betekent en wat voor hen de waarde is (Tilburg Universiteit z.d.). Onderdeel van dit promotieonderzoek is een kwalitatieve studie naar componenten van de methodiek en de betekenis hiervan voor mensen met VB (Thalen et al., 2021).

7.3. Werkzaamheid o.b.v. kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Belevingsgerichte zorg in de gehandicaptenzorg gevonden. Onderzoek richtte zich tot nu toe alleen op de ouderenzorg.

7.4. Werkzaamheid o.b.v. kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Belevingsgerichte zorg in de gehandicaptenzorg gevonden. Onderzoek richtte zich tot nu toe alleen op de ouderenzorg.

7.5. Databank

Belevingsgerichte zorg blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Belevingsgerichte zorg

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Thalen, M., van Oorsouw, W. M. W. J., Volkers, K. M., Taminiau, E. F. & Embregts, P. J. C. M. (2021). Integrated emotion-oriented care for older people with ID: defining and understanding intervention components of a person-centered approach. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *18*(3), 178–186. https://doi.org/10.1111/JPPI.12370.

Proefschriften (Nederlands- en Engelstalig)

Van der Kooij, C. (2003). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen*. Vrije Universiteit.

Boeken

Van der Kooij, C. (2014). *Wil je wel in mijn wereld komen? Belevingsgerichte professionaliteit voor ouderen met een verstandelijke beperking*. Zorgtalentproducties.

Van der Kooij, C. & Weidner, E. (2019). Belevingsgerichte ouderenzorg. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 156–172). Boom uitgevers.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Van der Kooij, C. (z.d.). *Belevingsgerichte zorg*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.coravanderkooij.com/belevingsgerichte-zorg.

Tilburg Universiteit. (z.d.). *Belevingsgerichte zorg bij (oudere) mensen met een verstandelijke beperking – Promotieonderzoek*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/academischewerkplaatsen/awlvb/onderzoeksprojecten/item-belevingsgerichte-zorg.

Kennisplein Gehandicaptensector. (9 november 2020). *Belevingsgerichte zorg*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/belevingsgerichte-zorg.

Kennisplein Gehandicaptensector. (z.d.). *Omgaan met probleemgedrag: Trainingen over belevingsgerichte zorg*. Geraadpleegd op 27 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/thema-s/zorg-en-dwang/toolkit-psychofarmaca/omgaan-met-probleemgedrag.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Geen gevonden

Overige referenties (niet over Belevingsgerichte zorg)

Kennisplein Gehandicaptensector. (z.d.). *Ouder wordende cliënten*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/clientgroepen/ouder-wordende-clienten.

Kerr, D. (2010). *Verstandelijke beperking en dementie: Effectieve interventies*. Uitgeverij Garant.

5.2.2. Dementia Care Mapping (DCM)

Overzicht	
Ontwikkelaar	Tom Kitwood †, oud-hoogleraar psychogerontologie, Universiteit van Bradford (Verenigd Koninkrijk)
Organisatie (NL)	Aukje Post (Menske), licentiehouder DCM Nederland
Website (NL)	www.dcmnederland.nl
Jaar van ontwikkeling	1992 (Verenigd Koninkrijk) Het jaar van invoering in Nederland is onbekend. *Toelichting:* Het is onduidelijk wanneer DCM in Nederland is ingevoerd. De bronnen geven hierover tegenstrijdige informatie. In enkele bronnen wordt gesproken over een Nederlands naslagwerk (over DCM-8) uit 2005. In het rapport van databank *Meetinstrumenten in de zorg* (Van Engelen & Post, 2020) is sprake van een Nederlands naslagwerk (over DCM-8) uit 2017. De eerste wetenschappelijke publicatie over toepassing van DCM in Nederland (ouderenzorg) is een proefschrift (Van de Ven, 2014).
Jaar van laatste actualisering	2005 (Verenigd Koninkrijk): DCM-8 (Bradford Dementia Group, 2005)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☒ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☒ EV(M)B (zonder dementie) ☒ ZEVMB (zonder dementie) ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* DCM is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met dementie zonder VB (Kitwood & Bredin, 1992b, 1992a, 1997; Brooker, 2003; Brooker et al. 2007). Later is, zowel in Nederland als in het buitenland, onderzoek gedaan naar toepassing van de methodiek bij mensen met VB. Op basis van de wetenschappelijk artikelen is DCM effectief bij: • Ouder wordende mensen met LVB, MVB en (Z)EVMB, met vastgestelde diagnose dementie (35%), twijfelachtige dementie (29%) en geen dementie (36%). Er is geen onderscheid gemaakt op basis van dementiediagnose (wél of geen dementie) noch op basis van de mate van VB (Schaap, 2021). • Oudere mensen met VB, al dan niet met dementie (interviews en focusgroepen met zorgprofessionals) (Schaap et al., 2018b). • Volwassenen met (Z)EV(M)B zonder dementie van wie de leeftijd niet is gespecificeerd (interviews met zorgprofessionals) (Jaycock et al., 2006).

Overzicht	
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Hoewel de zienswijze en uitgangspunten van DCM ook passend lijken te zijn voor werk/dagbesteding, wordt dit niet gespecificeerd in openbare bronnen. In deze bronnen worden zowel de observaties van DCM als de acties die hieruit voortkomen uitgevoerd op woonlocaties.

Algemene beschrijving

Dementia Care Mapping (DCM) is een methodiek die bestaat uit een observatiemethode om inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven van de cliënt met dementie en een gestructureerd, cyclisch proces om de kwaliteit van de zorg en begeleiding die de cliënt ontvangt voortdurend te verbeteren. Deze twee onderdelen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Volgens ontwikkelaar Kitwood gaan de cognitieve vermogens van mensen met dementie weliswaar achteruit, maar hun emoties blijven intact, ze zijn gevoelig voor omgeving en sfeer en ze willen met respect worden behandeld. Naarmate het ziekteproces vordert, nemen de klachten zowel in aantal als in ernst toe en kunnen ze hun behoeften steeds minder goed verbaal uiten. Hierdoor worden mensen met dementie steeds afhankelijker van anderen om hun zelfvertrouwen te behouden en zich veilig te voelen. Om systematisch te kunnen kijken naar hoe het met de cliënt gaat en te kunnen bepalen wat hij/zij nodig heeft, ontwikkelde Kitwood DCM. De methodiek is meermaals geactualiseerd. Momenteel wordt gewerkt met DCM-8.

De basis van DCM is persoonsgerichte zorg. Dit houdt in dat naar de cliënt als geheel wordt gekeken en dat de zorg en begeleiding erop zijn gericht dat de cliënt zo veel mogelijk mens kan zijn, met eigen individuele waarden en behoeften. De persoonsgerichte benadering is afkomstig uit de psychogeriatrische ouderenzorg en is overgenomen in de zorg voor ouderen met VB, hoewel ze daar nog niet breed wordt toegepast. Mensen met VB worden nu ouder dan een paar decennia geleden, waardoor dementie bij hen meer voorkomt dan voorheen. De aandacht voor dementie bij deze doelgroep is dan ook relatief jong en de kennis nog relatief beperkt.

DCM voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht. Het Nederlandse naslagwerk over DCM is niet openbaar beschikbaar; het wordt uitgereikt aan deelnemers aan DCM-scholingen. De beschrijving van de methodiek is dan ook niet gebaseerd op de inhoud van dit naslagwerk.

1. Zienswijze

Persoonsgerichte zorg vormt de basis van DCM. De term persoonsgerichte zorg wordt veel gebruikt en lijkt een containerbegrip te zijn. Bij de ontwikkeling van DCM heeft Kitwood richtlijnen opgesteld over de insteek en inhoud van persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie. Persoonsgerichte zorg is volgens Kitwood een basishouding waarbij een kwaliteitsvolle relatie met mensen met dementie centraal staat. Respect en waardering voor de uniciteit van de cliënt en hem/haar blijven zien als volwaardig persoon en volwaardig lid van de maatschappij, zijn hierbij de belangrijkste pijlers. Dit houdt onder meer in dat er niet alleen aandacht is voor het lichamelijke, maar dat ook wordt ingespeeld op de emotionele en psychologische behoeften van de cliënt, in elk stadium van het dementieproces. Dit vraagt om inzicht in en begrip voor gedrag van de cliënt, ook wanneer dat moeilijker te begrijpen wordt.

Kitwood ontwikkelde hiertoe het zogeheten 'verrijkte model', waarbij in de zorg(-planning) niet alleen wordt gekeken vanuit medisch perspectief en de cliënt niet louter wordt beschouwd vanuit zijn/haar ziektebeeld. In dit model staat wat Kitwood 'persoon zijn' noemt centraal, iets wat voor iedereen (ongeacht leeftijd of gezondheid) belangrijk is. Om 'persoon te kunnen zijn' en welbevinden te kunnen ervaren, is het van belang dat wordt voorzien in vijf psychologische behoeften:

1) Comfort: behoefte aan warmte, genegenheid en troost, vooral wanneer je je onveilig of angstig voelt.
2) Identiteit: kunnen zijn wie je bent en een goed gevoel hebben over jezelf, met oog voor onder meer je verleden, cultureel-maatschappelijke achtergrond en voorkeuren.
3) Gehechtheid: behoefte om je veilig en geborgen te voelen, bij vertrouwde mensen, gewoontes en spullen.
4) Bezig zijn: behoefte om deel uit te maken van het leven en je nuttig te voelen.
5) Erbij horen: behoefte om je welkom te voelen en onderdeel te zijn van een groep en sociale omgeving.

Daarnaast spelen de volgende aspecten een rol bij het vervullen van de behoeften van de cliënt:

- Cognitieve beperkingen
- Gezondheid en lichamelijke conditie
- Mentale gesteldheid
- Levensgeschiedenis
- Persoonlijkheid
- Fysieke en sociale omgeving

2. Uitgangspunten

Liefdevolle aandacht, erkenning, waardering en respect staan binnen DCM centraal. De cliënt is het uitgangspunt in de zorg en begeleiding, niet zijn/haar ziekten en beperkingen. Bij DCM wordt gekeken vanuit het perspectief van de cliënt, waarbij de observatievaardigheden en het inlevingsvermogen van begeleiders een belangrijke rol spelen. Brooker ontwikkelde op basis van de ideeën van Kitwood het zogeheten VIPS-model, met vier belangrijke uitgangspunten voor persoonsgerichte zorg (Brooker, 2003, Brooker et al. 2007, Røsvik et al. 2011):

1) <u>V</u>alue (waarde): mensen met dementie hebben waarde.
2) <u>I</u>ndividual (individu): mensen met dementie behandelen als individu.
3) <u>P</u>erspective (perspectief): kijken vanuit het perspectief van de persoon met dementie.
4) <u>S</u>ocial psychology (sociale psychologie): een positieve sociale omgeving creëren waarin de persoon met dementie zo veel mogelijk welbevinden ervaart.

3. Doel

Het voornaamste doel van persoonsgerichte zorg en DCM is dat de cliënt zo veel mogelijk mens kan zijn, ook naarmate het dementieproces vordert. Door dementie kan iemand zijn/haar menselijke behoeften steeds minder goed uiten en zelf vervullen. Hiervoor wordt de cliënt steeds afhankelijker van anderen. Door het gedrag en de gevoelens van de cliënt en zijn/haar reacties op de handelingen en communicatie van begeleiders in kaart te brengen, leren begeleiders de cliënt beter kennen en begrijpen. Ook snappen begeleiders beter waarom de cliënt bepaald gedrag vertoont en welke behoeften hierachter schuilgaan, zodat ze er adequaat op kunnen inspelen.

4. Systematische werkwijze

Bij DCM is sprake van een systematische, cyclische werkwijze. Deze bestaat uit de volgende stappen:

1) Introductiebijeenkomst begeleidingsteam
2) Observatie
3) Gegevensanalyse
4) Rapportage
5) Bespreking uitkomsten
6) Actieplanning

Belangrijk is dat de observator (de zogeheten 'mapper') is geschoold in het observeren en coderen volgens de richtlijnen van DCM en dat de betrokken begeleiders een (door de mapper georganiseerde) introductiebijeenkomst over DCM bijwonen. De mapper observeert gedurende vier tot zes uur vijf tot zeven cliënten. Hij/zij let op hun gedrag, stemming en emoties en op het effect dat de handelingen en communicatie van begeleiders op hen heeft. De observatie vindt altijd plaats in een gemeenschappelijke ruimte. Elke vijf minuten noteert de mapper wat de cliënt doet, hoe hij/zij zich daarbij voelt en hoe actief of passief hij/zij is. Ook noteert de mapper persoonsversterkende en persoonsondermijnende acties van begeleiders.

De mapper verwerkt de uitkomsten tot een schriftelijk rapport en bespreekt dit met het gehele begeleidingsteam. De uitkomsten zijn altijd anoniem en gericht op het in kaart brengen van het welbevinden van de cliënten en de sterktes en leerpunten van het team. Het bespreken van de uitkomsten maakt begeleiders bewust van hun eigen handelen en biedt kennis en handvatten voor het opstellen van actieplannen voor de cliënten. De stappen worden elke vier tot zes maanden opnieuw doorlopen om te volgen of de gewenste veranderingen hebben plaatsgevonden en of de behoeften van de cliënten zijn veranderd, zodat de actieplannen zo nodig kunnen worden bijgesteld.

Bij DCM-8 worden 23 gedragscategorieën onderscheiden. De mapper noteert voor elke waargenomen categorie (aan de hand van duidelijk omschreven richtlijnen) waarden voor de stemming en mate van betrokkenheid waarmee het gedrag van de cliënt samengaat. Daarnaast onderscheidt DCM-8 zeventien persoonsversterkende en persoonsondermijnende acties van begeleiders, gebaseerd op de vijf menselijke basisbehoeften: behoefte aan comfort, identiteit, gehechtheid, zinvol bezig zijn en erbij horen. Doen deze acties zich voor, dan noteert de mapper het type en de gradatie met een code. Na de

observatie analyseert de mapper de gegevens over gedrag, stemming en betrokkenheid, persoonsondermijning, persoonsversterking en andere aspecten die van belang zijn voor het welbevinden van de cliënten en de feedback aan het begeleidingsteam.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over een PDCA-cyclus, maar er is wel sprake van een methodische cyclus met de eerder genoemde zes stappen: 1) introductiebijeenkomst begeleidingsteam, 2) observatie (= plan), 3) gegevensanalyse (= plan), 4) rapportage (= do), 5) bespreking uitkomsten (= check) en 6) actieplanning (= act).

5. Doorlopende manier van handelen

De stappen van DCM kunnen steeds opnieuw worden doorlopen, waardoor een cyclisch proces ontstaat. Een belangrijk onderdeel hierbinnen zijn de evaluaties die ongeveer tweemaal per jaar plaatsvinden. Door het cyclische proces kunnen begeleiders de zorg en ondersteuning voortdurend aanpassen aan de veranderende behoeften van de cliënt.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van DCM.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Een Nederlands naslagwerk over de specifieke toepassing van DCM in de gehandicaptenzorg is niet gevonden. Een algemeen Nederlands naslagwerk over DCM, gebruikershandboek en Excel-pakket voor het verwerken en presenteren van observatiegegevens wordt uitgereikt aan deelnemers van de scholingen.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen

	Toelichting: Een stapsgewijs implementatieplan is in de bronnen niet gevonden. Het Trimbos-instituut en Menske (DCM Nederland) geven wel enige handvatten voor implementatie van de methodiek, waarbij een stapsgewijze aanpak (met managersbijeenkomsten, voor- en nametingen, enthousiasmeren en bewustwording, e-learning, observaties en praktijkgerichte training) een belangrijke rol speelt: https://assets.trimbos.nl/docs/34293da5-75cd-4f15-904d-3bc74d8762aa.pdf en https://www.trimbos.nl/docs/8a88aae3-c277-40c2-af99-367e99b15e9f.pdf. Deze handvatten zijn niet specifiek voor de gehandicaptenzorg. In de bronnenlijst van het proefschrift van Schaap (2019) wordt een Nederlandse handleiding voor de implementatie van DCM genoemd (Bradford Dementia Group, 2014). Deze is niet gevonden in openbare bronnen.
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zijn verschillende trainingen voor DCM beschikbaar: • Vierdaagse basiscursus DCM voor zorgmedewerkers (niet specifiek voor de gehandicaptenzorg), waarin ook een e-learning is opgenomen. De cursus wordt afgerond met een officieel examen en het certificaat 'Basisgebruiker DCM'. Beschikbaar: www.dcmnederland.nl/onze-opleidingen/verpleeg-en-verzorgingshuizen/11-basiscursus-dcm.html • Bijscholingsdag DCM voor zorgmedewerkers die de basiscursus hebben afgerond (niet specifiek voor de gehandicaptenzorg). Beschikbaar: www.dcmnederland.nl/onze-opleidingen/verpleeg-en-verzorgingshuizen/16-bijscholingsdag-dcm.html • Gevorderdencursus DCM (niet specifiek voor de gehandicaptenzorg) bestaande uit de modules: 1) coderen & rapporteren, 2) feedback & actieplanning, 3) persoonsgerichte zorg & ethiek, 4) implementatie DCM en 5) onderzoek (optioneel). De cursus biedt inhoudelijke verdieping en inzicht in de implementatie en toepassing van DCM in zorginstellingen. Beschikbaar: www.dcmnederland.nl/onze-opleidingen/verpleeg-en-verzorgingshuizen/17-dcm-voor-gevorderden.html • Vierdaagse Basiscursus DCM VG voor medewerkers in de gehandicaptenzorg, waarin ook een e-learning is opgenomen. Beschikbaar: www.dcmnederland.nl/onze-opleidingen/verstandelijke-beperking.html • Eendaagse aanvullende Cursus DCM OT/Individueel voor Basisgebruikers DCM die de observatiemethode individueel willen gaan gebruiken. In deze cursus wordt meer aandacht besteedt aan het schrijven van een individueel rapport en aan het proces rondom het mappen. Beschikbaar: www.dcmnederland.nl/onze-opleidingen/verstandelijke-beperking/18-aanvullende-cursus-dcm-ot-voor-gediplomeerde-mappers-in-de-vg-sector.html • Vierdaagse Basiscursus DCM van Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (niet specifiek voor de gehandicaptenzorg): een vierdaagse basiscursus DCM. Deze basiscursus wordt afgerond met een schriftelijke proef en het certificaat 'Basisgebruiker DCM'. Beschikbaar: infocentrum.dementie.be/concept-dementia-care-mapping In de bronnen wordt niet expliciet aangegeven dat scholing noodzakelijk is. Voor mappers lijkt dit wel het geval te zijn. Zonder scholing zijn ze niet op de hoogte van de wijze van observeren, coderen en rapporteren volgens de richtlijnen van DCM. Bovendien beschikken ze zonder scholing niet over het naslagwerk, gebruikershandboek en Excel-pakket voor het verwerken en presenteren van observatiegegevens

Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en variëren afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven).
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Deelnemers die voor de vierdaagse basiscursus slagen, ontvangen een certificaat 'Basisgebruiker DCM' dat erkend is door de Universiteit van Bradford. Het is onbekend of hercertificering nodig is.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. De schema's op de volgende pagina's vatten dit samen voor DCM ten aanzien van de doelgroep VB+dementie en de doelgroepen EV(M)B/ZEVMB (afgekort tot (Z)EV(M)B). De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De theoretische onderbouwing van DCM is gebaseerd op de persoonsgerichte theorie van Kitwood en Bredin, afkomstig uit de psychogeriatrische ouderenzorg (Kitwood, 1992, 1993, 1998; Kitwood & Bredin, 1992b, 1992a, 1997). DCM is voortdurend doorontwikkeld door professor Dawn Brooker en de Bradford Dementia Group (Bradford Dementia Group, 2005, 2014; Brooker, 2003; Brooker et al., 2007; Røsvik et al., 2011).

7.2. Ontwikkeling

DCM is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met dementie zonder VB. Later is, zowel in Nederland als in het buitenland, onderzoek gedaan naar toepassing van de methodiek in de gehandicaptenzorg. Hieruit bleek dat DCM toepasbaar is bij ouderen met VB, zowel met als zonder dementie, en in de zorg en ondersteuning van mensen met (Z)EV(M)B (Finnamore & Lord, 2007; Jaycock et al., 2006; Persaud & Jaycock, 2001; Schaap, 2019; Schaap et al., 2018a, 2021).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Dementia Care Mapping (DCM) – *doelgroep VB+dementie*

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: DCM is gebaseerd op persoonsgerichte theorie van Kitwood en Bredin, afkomstig uit de psychogeriatrische ouderenzorg.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: DCM is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met dementie zonder VB. Later is onderzoek verricht naar toepasbaarheid van DCM in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In onderzoek met vragenlijsten werd geen effect van DCM gevonden op de kwaliteit van leven van mensen met VB (Schaap, 2019; Schaap et al., 2019b) en op de arbeidstevredenheid en het gevoel van competentie van begeleiders (Schaap, 2019; Schaap et al, 2019a). In later onderzoek met vragenlijsten werd werkzaamheid van DCM aangetoond t.a.v. inzicht in het gedrag van cliënten en kennis en vaardigheden m.b.t. dementie en persoonsgerichte zorg (Schaap et al., 2021).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☑ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In twee kwalitatieve onderzoeken zijn positieve effecten van DCM aangetoond t.a.v. verschillende thema's (Schaap et al., 2018b, 2021). Het onderzoek van Schaap et al. (2021) betrof een lijst met open vragen, focusgroepen en individuele interviews. Schaap et al. (2018b) betrof focusgroepen en interviews.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Dementia Care Mapping (DCM) – *doelgroepen EV(M)B, ZEVMB*

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: DCM is gebaseerd op persoonsgerichte theorie van Kitwood en Bredin, afkomstig uit de psychogeriatrische ouderenzorg.

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: DCM is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met dementie zonder VB. Later is onderzoek verricht naar toepasbaarheid van DCM in de verstandelijk gehandicaptenzorg, inclusief mensen met EVB zonder dementie (Persaud & Jaycock, 2001) en mensen met (Z)EV(M)B zonder dementie (Jaycock et al. 2006).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
- ☑ Niet controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk

Toelichting: Door middel van vragenlijstonderzoek bij begeleiders die werkten met cliënten met LVB, MVB en (Z)EV(M)B al dan niet met dementie, vonden Schaap et al. (2021) positieve effecten ten aanzien van inzicht in het gedrag van cliënten en de wijze van ondersteuning. Dit hielp om betere zorg te leveren. Er werd geen effect gevonden op werkplezier. Echter, of deze resultaten ook gelden voor mensen met EV(M)B of ZEVMB zonder dementie is niet controleerbaar doordat de steekproef mensen met en zonder dementie betrof.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
- ☐ Niet controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Matig
    - ☐ Sterk

Toelichting: Jaycock et al. (2006) onderzochten verwachtingen over en ervaringen met DCM van begeleiders van veertien volwassenen met (Z)EV(M)B. Hun ervaringen waren positief: het team kwam tot nieuwe activiteiten voor cliënten en door DCM werd de zorg anders uitgevoerd, waarbij met evenveel mensen meer werd bereikt. Door de observaties werden de begeleiders zich meer bewust van hun gedrag en de impact daarvan op cliënten.

- Schaap et al. (2018a): kwalitatief onderzoek (haalbaarheidsstudie) over de implementatie van DCM, waarbij werd gekeken naar vijf haalbaarheidsdomeinen (*demand*, *implementation*, *acceptability*, *practicality* en *adaptation*). Volgens managers, begeleiders en mappers was DCM toepasbaar in de gehandicaptenzorg.
- Finnamore & Lord (2007): DCM-observaties (totaal 24 uur) in een woonvoorziening met acht volwassenen met VB (van wie vijf met alzheimer, een met Lewy body dementie en twee met een onduidelijke diagnose). Van de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen uit de observaties werd een rapport gemaakt, dat werd besproken met het begeleidingsteam. DCM bleek geschikt voor de gehandicaptenzorg. Volgens de mappers waren de codes een correcte afspiegeling van de realiteit. Het is echter onduidelijk op welke wijze is onderzocht in hoeverre de codes toepasbaar zijn in de gehandicaptenzorg.
- Jaycock et al. (2006): DCM-observaties (totaal 120 uur) in woonvoorzieningen met veertien mensen met (Z)EV(M)B zonder dementiediagnose. Van de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen uit de observaties werd een rapport gemaakt, dat werd besproken met het begeleidingsteam. Achttien van de vierentwintig codes werden minstens één keer geregistreerd. DCM bleek geschikt en waardevol voor de gehandicaptenzorg. Het is echter onduidelijk op welke wijze is onderzocht in hoeverre de codes toepasbaar zijn in de gehandicaptenzorg.
- Persaud & Jaycock (2001): DCM-observaties (totaal 32 uur) in woonvoorzieningen met 22 mensen (20-63 jaar) met EVB. De codes bleken geschikt voor mensen met VB, maar er bleken wel enkele aanpassingen nodig om ze beter te laten aansluiten. Het is onduidelijk op welke wijze is onderzocht in hoeverre de codes toepasbaar zijn in de gehandicaptenzorg.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

DCM bleek geen effect te hebben op de kwaliteit van leven van mensen met VB (Schaap, 2019; Schaap et al., 2019b). De methodiek bleek evenmin effect te hebben op de arbeidstevredenheid en het gevoel van competentie van begeleiders (Schaap, 2019; Schaap et al., 2019a). Later onderzoek toonde wel werkzaamheid van DCM in de gehandicaptenzorg aan: de methodiek bood nieuwe inzichten in het gedrag van cliënten en nieuwe kennis en vaardigheden met betrekking tot dementie en persoonsgerichte zorg (Schaap et al., 2021).

- Schaap et al. (2021): een vragenlijst werd ingevuld door begeleiders die werkten met cliënten met LVB, MVB en (Z)EV(M)B al dan niet met dementie. Er werden positieve effecten gevonden ten aanzien van inzicht in het gedrag van cliënten en de wijze van ondersteuning. Begeleiders verwierven kennis over dementie en werden zich meer bewust van de invloed van hun eigen gedrag op cliënten. Dit hielp om betere zorg te leveren. Er werd geen effect gevonden op werkplezier.
- Schaap et al. (2019a): uit een vragenlijst bleek geen significant effect op het werkplezier en de vaardigheden van begeleiders.
- Schaap et al. (2019b): uit twee vragenlijsten bleek geen significant effect op de kwaliteit van leven van ouderen met VB.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In drie kwalitatieve onderzoeken zijn positieve effecten van DCM aangetoond (Jaycock et al., 2006; Schaap et al., 2018b, 2021):

- Schaap et al. (2021): gegevens uit een lijst met open vragen, focusgroepen en individuele interviews werden geanalyseerd. Hieruit kwamen de volgende thema's naar voren: informatie over cliënten, professionele reflectie, kennis en vaardigheden, organisatie van zorg en gebruik in de dagelijkse zorg. Er werd een positief effect van DCM aangetoond.
- Schaap, et al. (2018b): na implementatie van DCM werden gegevens uit focusgroepen en individuele interviews geanalyseerd met het RE-AIM framework. Volgens managers, gedragskundigen, mappers en begeleiders was er een positief effect ten aanzien van de thema's *reach*, *efficacy*, *adoption*, *implementation* en *maintenance*.
- Jaycock et al. (2006): middels interviews met begeleiders van veertien volwassenen met (Z)EV(M)B zonder dementie werden verwachtingen en ervaringen ten aanzien van DCM in kaart gebracht. Hun ervaringen waren positief: het team kwam tot nieuwe activiteiten voor cliënten en door DCM werd de zorg anders uitgevoerd, waarbij met evenveel mensen meer werd bereikt. Door de observaties werden de begeleiders zich meer bewust van hun gedrag en de impact daarvan op cliënten. Ook kwam naar voren dat de organisatiecultuur belangrijk is voor de implementatie van DCM en persoonsgerichte zorg.

Bijzonderheden

Auteurs van de volgende drie artikelen gaven aan de werkzaamheid en effectiviteit van DCM bij mensen met VB te onderzoeken, maar in feite werd alleen de toepasbaarheid onderzocht.

- Persaud & Jaycock (2001): in de methodesectie wordt geen methode vermeld waarmee de werkzaamheid van DCM daadwerkelijk kan worden gemeten. De auteurs geven aan dat de werkzaamheid en effectiviteit van de observatiemethode is aangetoond: de codes bleken geschikt voor mensen met VB, maar behoefden nog wel enkele aanpassingen voor een betere aansluiting. Volgens auteurs vergemakkelijkte DCM het verzamelen van gegevens over de cliënt en zijn omgeving. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd ook gemeten (≥ 0,8). Het is echter onduidelijk op welke wijze is onderzocht in hoeverre de codes toepasbaar zijn bij mensen met VB en of DCM de gegevensverzameling daadwerkelijk makkelijker maakt.
- Jaycock et al. (2006): follow-up onderzoek van het hiervoor genoemde artikel (Persaud & Jaycock, 2001) met een vergelijkbare methodische werkwijze. Na de implementatie van DCM vonden semigestructureerde interviews plaats om ervaringen van medewerkers in kaart te brengen. Net als in het eerdere onderzoek onderzochten de auteurs de toepasbaarheid van de observatiemethode van DCM. Het is echter onduidelijk op welke wijze is onderzocht in hoeverre de codes toepasbaar zijn bij mensen met VB.
- Finnamore & Lord (2007): onderzoek naar de uitvoering van DCM. De auteurs benoemen positieve (kwalitatieve) resultaten: volgens de mappers waren de codes een correcte afspiegeling van de realiteit en begeleiders voelden zich beter in staat om voor cliënten te zorgen. DCM veranderde ook de visie op gedragsproblemen. Dit leidde tot veranderingen in de zorgplannen, met zeer positieve resultaten. De ervaringen van de mappers zijn niet met interviews of focusgroepen verzameld. In het artikel is dit niet duidelijk vermeld.

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt hieronder ook het (voorlopige) oordeel vermeld van de databank waarin DCM is opgenomen.

Databank	Meetinstrument in de zorg
Erkenningscommissie	-
Oordeel	Wetenschappelijke onderbouwde observatiemethode (februari 2020)
Toelichting	“De Dementia Care Mapping (DCM) is een wetenschappelijke onderbouwde observatiemethode om de kwaliteit van het dagelijks leven van mensen met dementie te meten. Door het individuele welbevinden van personen met dementie op een gestructureerde manier in kaart te brengen wordt het gemakkelijker om dit gedrag en de emoties die eraan ten grondslag liggen, beter te begrijpen. Daarnaast is DCM een aangewezen instrument om de geboden zorg objectief te analyseren en te verbeteren” (Meetinstrumenten in de zorg, z.d.).
Webpagina	www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/dementia-care-mapping
Beschrijvend rapport	Van Engelen & Post (2020)

Bronnen over DCM

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Schaap, F. D., Fokkens, A. S., Dijkstra, G. J., Reijneveld, S. A. & Finnema, E. J. (2018a). Dementia Care Mapping to support staff in the care of people with intellectual disability and dementia: A feasibility study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31*(6), 1071–1082. https://doi.org/10.1111/jar.12464.

Schaap, F. D., Dijkstra, G. J., Finnema, E. J. & Reijneveld, S. A. (2018b). The first use of Dementia Care Mapping in the care for older people with intellectual disability: a process analysis according to the RE-AIM framework. *Aging and Mental Health, 22*(7), 912–919. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1401582.

Schaap, F. D., Dijkstra, G. J., Reijneveld, S. A. & Finnema, E. J. (2021). Use of Dementia Care Mapping in the care for older people with intellectual disabilities: A mixed-method study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 34*(1), 149. https://doi.org/10.1111/JAR.12794.

Schaap, F. D., Dijkstra, G. J., Stewart, R. E., Finnema, E. J. & Reijneveld, S. A. (2019b). Effects of Dementia Care Mapping on well-being and quality of life of older people with intellectual disability: A quasi-experimental study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(4), 849–860. https://doi.org/10.1111/jar.12576.

Schaap, F. D., Finnema, E. J., Stewart, R. E., Dijkstra, G. J. & Reijneveld, S. A. (2019a). Effects of Dementia Care Mapping on job satisfaction and caring skills of staff caring for older people with intellectual disabilities: A quasi-experimental study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(5), 1228–1240. https://doi.org/10.1111/JAR.12615.

Proefschriften

Schaap, F. (2019). Towards a person-centred approach for older people with intellectual disabilities: the use and effect of Dementia Care Mapping. Rijksuniversiteit Groningen. https://doi.org/10.33612/diss.102982781.

Van de Ven, G. (2014). Effectiveness and costs of Dementia Care Mapping intervention in Dutch nursing homes. Radboud Universiteit Nijmegen.

Boeken

Niet openbaar toegankelijk: Bradford Dementia Group (2014). *Implementation of dementia care mapping. Handbook for implementation of DCM in organizations (Dutch version).* University of Bradford.

Niet openbaar toegankelijk: Brooker, D. & Surr, C. A. (2005). *Dementia Care Mapping. Principles and practice. [In Dutch: Dementia Care Mapping. Principes en praktijk)].* Bradford Dementia Group.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

DCM Nederland. (z.d.). *Zet met DCM de stap naar betere zorg voor mensen met dementie.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.dcmnederland.nl.

Meetinstrumenten in de zorg (z.d.). *Dementia Care Mapping.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/dementia-care-mapping.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Persaud, M. & Jaycock, S. (2001). Evaluating care delivery: The application of Dementia Care Mapping in learning disability residential services. *Journal of Learning Disabilities, 5*(4), 345–352. https://doi.org/10.1177/146900470100500406.

Finnamore, T. & Lord, S. (2007). The use of Dementia Care Mapping in people with a learning disability and dementia. *Journal of Intellectual Disabilities, 11*(2), 157–165. https://doi.org/10.1177/1744629507076929.

Jaycock, S., Persaud, M. & Johnson, R. (2006). The effectiveness of Dementia Care Mapping in intellectual disability residential services: A follow-up study. *Journal of Intellectual Disabilities, 10*(4), 365–375. https://doi.org/10.1177/1744629506072870.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Niet openbaar toegankelijk: Bradford Dementia Group (2005). *DCM 8 User's manual.* University of Bradford.

Overige referenties (niet over DCM)

Brooker, D. (2003). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology, 13*(3), 215- 222. https://doi.org/10.1017/S095925980400108X.

Brooker, D., Woolley, R. & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging & Mental Health, 11*(4), 361–370. https://doi.org/10.1080/13607860600963679.

Kitwood, T. (1992). Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine, 22*(9), 34–38.

Kitwood, T. & Bredin, K. (1992a). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care, 1*(5), 41–60.

Kitwood, T. & Bredin, K. (1992b). Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. *Ageing and Society*, *12*(3), 269–287. https://doi.org/10.1017/S0144686X0000502X.

Kitwood, T. (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 8*(7), 541–545. https://doi.org/10.1002/GPS.930080702.

Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first.* Open University Press.

Kitwood, T. (1998). Toward a theory of dementia care: Ethics and interaction. *Journal of Clinical Ethics, 9*(1), 23–34.

Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for personcentred care for persons with dementia in nursing homes: A qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing, 6*(3), 227–236. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x.

5.2.3. Urlings en Van der Linden

Overzicht	
Ontwikkelaars	Harry Urlings, orthopedagoog Lydia van der Linden, gezondheidszorgpsycholoog
Organisatie	Urlings for U
Website	www.urlingsforu.com/meer-over-methode-urlings-en-van-der-linden
Jaar van ontwikkeling	2007: Urlings en Van der Linden (1997: Urlings)
Jaar van laatste actualisering	Niet bekend
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☒ VB + dementie (en ernstig probleemgedrag) ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Urlings en Van der Linden richt zich op oudere en dementerende mensen met VB bij wie geriatrische problemen spelen en die ernstig probleemgedrag vertonen (Urlings & Urlings, 2019). De cursus over de methodiek biedt ook kennis over depressie en stemmingsproblemen, agressie, seksualiteit en seksuele problemen, wanen en hallucinaties, slaapproblemen, aan autisme verwante stoornissen, hechtingsproblemen en angst- en dwangstoornissen. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van Urlings en Van der Linden bij de doelgroep.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* De cursus over Urlings en Van der Linden is gericht op woon- en dagbestedingsbegeleiders, gedragsdeskundigen, leidinggevenden en andere disciplines. Volgens de ontwikkelaars ervaren niet alleen begeleiders, maar ook veel gedragskundigen, (para)medici en leidinggevenden een tekort aan kennis en vaardigheden ten aanzien van de doelgroep.

Algemene beschrijving

Urlings en Van der Linden richt zich op ouderen met VB, dementie en ernstig probleemgedrag. De basis bestaat uit de methode Urlings, aangevuld met kennis over geriatrische en psychiatrische problemen die kunnen samenhangen met probleemgedrag, en

een systematisch stappenplan voor het omgaan met dit probleemgedrag. De (basis)visie, uitgangspunten en elementen van Urlings en Urlings en Van der Linden zijn hetzelfde. Bij Urlings (en dus ook bij Urlings en Van der Linden) wordt gewerkt met vier elementen:

1) De fenomenologische benadering
2) Aanvullende benaderingswijzen (realiteitsoriëntatietraining (ROT), validation, warme zorg, reminiscentie, snoezelen, haptonomie, massage, muziek en humor)
3) Het levensverhaal
4) De huidige behoeften, belevingen en wensen van de cliënt

Begeleiders kunnen deze elementen op verschillende momenten en manieren toepassen. Daarbij maken ze gebruik van 'de gereedschapskoffer'. In deze denkbeeldige koffer zitten alle kennis en vaardigheden die ze hebben verkregen door opleiding, bijscholing en ervaring. Per cliënt en per situatie pakt de begeleider datgene uit de koffer wat op dat moment nodig is. Bij Urlings en Van der Linden is de gereedschapskoffer aangevuld met handvatten gericht op ernstig probleemgedrag.

Methode Urlings en begeleidingsmethodiek Urlings en Van der Linden

De ontwikkelaars geven aan dat de methode Urlings niet toereikend is voor ouderen met VB en ernstig probleemgedrag. Daarom is als extra het 'stappenplan bij problematisch gedrag' toegevoegd. De methode Urlings mét deze aanvulling heet Urlings en Van der Linden. Urlings en Urlings en Van der Linden hebben dezelfde visie, uitgangspunten en elementen. Begeleiders kunnen de elementen flexibel toepassen, waardoor er geen sprake is van een systematische werkwijze en Urlings niet voldoet aan de tien criteria van een begeleidingsmethodiek, wat de reden is dat Urlings niet apart is opgenomen in dit hoofdstuk over begeleidingsmethodieken voor cliënten met VB en dementie. Per cliënt en per situatie pakt de begeleider uit de koffer wat nodig is. Wat de begeleider op zo'n moment pakt, wordt bepaald door zijn/haar persoonlijkheid, ervaring en individuele begeleidingsstijl. In openbare bronnen is geen stappenplan of handvat gevonden dat aangeeft wanneer welk element moet worden toegepast. Bij het stappenplan bij problematisch gedrag wordt wel systematisch gewerkt, waardoor Urlings en Van der Linden wél aan de criteria voldoet van een begeleidingsmethodiek en daarom wél is opgenomen in dit hoofdstuk. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Ieder ouder mens is uniek. Begeleiding is altijd maatwerk waarbij de beleving en behoeften van de cliënt centraal staan.

2. Uitgangspunten

- Respectvol omgaan met de oudere cliënt.
- Voor een respectvolle benadering zijn intuïtie, empathie en warme menselijke betrokkenheid van wezenlijk belang.

De fenomenologische benadering (Langeveld, 1971) vormt het fundament van de methodiek. De belangrijkste basisprincipes hiervan zijn:

- De cliënt proberen te begrijpen en zich in hem/haar inleven (empathie).
- De eigenheid van de cliënt accepteren.
- Rekening houden met de individuele behoeften van de cliënt.

3. Doel

Het hoofddoel van Urlings (en dus ook Urlings en Van der Linden) is een zo goed mogelijke oude dag voor de cliënt door een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven op basis van zijn/haar levensverhaal, behoeften, belevingen en wensen. Ten aanzien van probleemgedrag is het doel van Urlings en Van der Linden het te accepteren, het niet proberen 'weg te werken' en het te begrijpen vanuit het levensverhaal en de behoeften, belevingen en wensen van de cliënt. Daarbij is het van belang uit te zoeken hoe de cliënt, medecliënten en begeleiders er zo weinig mogelijk last van hebben. Ook is het belangrijk het probleemgedrag zo min mogelijk op te roepen door voorwaarden te creëren die het gedrag voorkomen of verminderen.

4. Systematische manier van handelen

In lijn met de multidisciplinaire richtlijn *Probleemgedrag bij mensen met dementie* (Zuidema et al., 2018) wordt probleemgedrag binnen Urlings en Van der Linden methodisch en multidisciplinair geanalyseerd aan de hand van een diagnostische cyclus en een multifactorieel verklaringsmodel. Hierbij wordt de methode Urlings als gezamenlijk gedragen visie en denkkader gehanteerd.

Stappenplan

Een belangrijk onderdeel binnen Urlings en Van der Linden is het stappenplan bij problematisch gedrag. Hierbij worden achtereenvolgens deze stappen doorlopen:

1) Het probleem beschrijven
2) Witte vlekken in kaart brengen
3) Informatie verzamelen en geriatrische kennis toepassen
4) Multidisciplinair afstemmen wat de vermoedelijke oorzaken van het probleem zijn
5) Afspraken maken over de behandeling en begeleiding
6) De afspraken uitvoeren
7) Evalueren en zo nodig bijstellen

Praktische hulpmiddelen

De methodiek biedt verschillende praktische hulpmiddelen:

- Een checklist om multidisciplinair op een praktische manier het bio-psychosociale model te doorlopen, waarbij de al bekende informatie over de cliënt in kaart wordt gebracht en duidelijk wordt welke informatie ontbreekt en moet worden achterhaald of onderzocht.
- Een checklist om de behandeling en begeleiding op een passende manier vorm te geven.
- Pluskaarten die per geriatrisch probleem behandelings- en begeleidingsadviezen geven.

Daarnaast biedt de cursus over Urlings en Van der Linden kennis over geriatrische en psychiatrische problemen die kunnen samenhangen met probleemgedrag.

Elementen

Begeleiders maken binnen Urlings en Van der Linden gebruik van vier elementen, die ze op verschillende momenten en op verschillende manier kunnen toepassen:

1) De fenomenologische benadering
   Deze benadering (Langeveld, 1971) vormt de basis.
2) Aanvullende benaderingswijzen
   Andere benaderingswijzen die begeleiders kunnen inzetten, zijn realiteitsoriëntatietraining (ROT), validation, warme zorg, reminiscentie, snoezelen, haptonomie, massage, muziek en humor.

- ROT
  Met ROT kan de begeleider de verwardheid van de cliënt verminderen. Dit doet de begeleider door de cliënt realistische informatie over het hier-en-nu te geven en de cliënt te helpen zich te oriënteren in tijd, plaats en persoon (Allewijn, 1991). Een duidelijk zichtbare klok, foto's en pictogrammen op deuren zijn hierbij mogelijke hulpmiddelen. Deze benadering geeft overzicht, ordening en structuur.
- Validation (Feil, 1994)
  Vanuit een respectvolle, accepterende grondhouding contact maken met de cliënt met dementie, aansluiten bij zijn/haar beleving en deze beleving bevestigen (valideren) door het gebruik van bepaalde technieken.
- Warme zorg
  Het uitgangspunt bij warme zorg is dat de cliënt met dementie veiligheid zoekt omdat hij/zij de omgeving steeds minder goed herkent (Buijssen, 1991). Warme zorg geeft veiligheid door vertrouwde mensen en een vertrouwde omgeving, bijvoorbeeld door een ouderwets ingerichte woonkamer, bekende meubels, zachte, warme kleuren, klassieke muziek of muziek van vroeger.
- Reminiscentie
  Bij reminiscentie staan herinneringen van de cliënt centraal (reminisceren betekent herinneren) (Buijssen, 1994). Begeleiders kunnen bij deze benaderingswijze onder meer gebruiksvoorwerpen, spelletjes, liedjes, foto's of gerechten van vroeger gebruiken.
- Snoezelen
  Bij snoezelen worden de zintuigen van de cliënt gericht gestimuleerd om hem/haar een fijne ervaring te geven of te laten ontspannen.
- Haptonomie
  In deze benaderingswijze staat het lichamelijke centraal (Gellings, 1997). Bij haptonomie zijn aanrakingen tussen begeleider en cliënt belangrijk, ook wanneer de cliënt steeds minder zelf kan en zijn/haar tempo lager wordt.
- Massage
  Massagetechnieken, met name die uit de shantalamassage (Leboyer, 1991), kunnen helpend zijn in de zorg voor oudere cliënten.
- Muziek
  Ook kunnen begeleiders muziek en dans inzetten. Beelen (2003) heeft zich verdiept in het belang van reminiscentie en muziek bij de ondersteuning van mensen met dementie en geeft hiervoor suggesties.

- Humor
  Janssens (2003) noemt humor een ‘relativerende ondersteuningsmethode’. De insteek is dat begeleider en cliënt samen ergens om kunnen lachen. De humor moet zijn ingebed in een respectvolle omgang met de cliënt en mag nooit ten koste van hem/haar gaan.

3) Het levensverhaal van de cliënt
   Ouderen denken steeds vaker terug aan vroeger en het verleden wordt voor hen steeds belangrijker. Ouderen met dementie beleven het verleden op een gegeven moment zelfs als het heden. Daarom is kennis van het levensverhaal van de cliënt belangrijk. De ontwikkelaars geven aan dat er verschillende mogelijkheden zijn om het levensverhaal in kaart te brengen, bijvoorbeeld het model van Beijk-Damen (1997/2007). Ook kan een (papieren of digitaal) levensboek, herinneringsdoos, fotocollage, ‘pratend fotoboek’ of digitale fotolijst worden gemaakt.
4) De huidige behoeften, belevingen en wensen van de cliënt
   Uit onderzoek (Urlings et al., 1993) blijkt dat ouderen met LVB of MVB meestal goed in staat zijn zaken zelf te verwoorden. Rust, een passende dagindeling, vertrouwde begeleiders en behandelaren en contact met verwanten vinden ze belangrijk (Urlings et al., 1993). Ook is er aandacht nodig voor specifieke zorgen, zoals angst voor de dood, lichamelijke achteruitgang en bedlegerig worden. Wanneer begeleiders niet alleen het verleden, maar ook de huidige behoeften, belevingen en wensen van de cliënt goed kennen, kunnen ze betere ondersteuning bieden.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij Urlings en Van der Linden worden wel doelen opgesteld in de vorm van afspraken over behandeling en begeleiding (= plan, stap 5), de afspraken worden uitgevoerd (= do, stap 6) en er vindt evaluatie plaats (= check, stap 7).

5. Doorlopende manier van handelen

Per cliënt en per situatie pakt de begeleider datgene uit de gereedschapskoffer wat op dat moment nodig is. Dit is een doorlopend proces.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Aan de scholing (inclusief een cursusmap) zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Urlings en Van der Linden.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk is niet openbaar beschikbaar, maar wordt tijdens de scholing aan deelnemers uitgereikt.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Een cursus over Urlings en Van der Linden is beschikbaar via www.urlingsforu.com/specialisatiecursus-methode-urlings-en-van-der-linden • Deze cursus richt zich op woon- en dagbestedingsbegeleiders, gedragskundigen, leidinggevenden en andere disciplines. • Aangeraden wordt dat begeleiders de cursus samen met de betrokken gedragskundige(n) volgen. • Voorwaarde voor deelname is dat de cursist de basiscursus ‘Methode Urlings: respectvol en methodisch begeleiden van oudere en dementerende mensen met verstandelijke beperkingen’ heeft gevolgd. • De cursus wordt zowel individueel met open inschrijving als in company aangeboden.
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Urlings en Van der Linden. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De theoretische onderbouwing van Urlings en Van der Linden is gebaseerd op de fenomenologische benadering (Langeveld, 1971). Bij de benaderingswijzen die binnen de methodiek worden gebruikt, worden referenties gegeven (zie sectie 4. bij 'Andere benaderingswijzen'). Deze zijn gelijk aan die bij de methode Urlings. De ontwikkelaars geven aan dat binnen Urlings en Van der Linden in lijn met de multidisciplinaire richtlijn *Probleemgedrag bij mensen met dementie* (Zuidema et al., 2018) wordt uitgegaan van een methodische multidisciplinaire analyse van probleemgedrag aan de hand van een diagnostische cyclus en een multifactorieel verklaringsmodel. Verdere theoretische onderbouwing voor Urlings en Van der Linden is in openbare bronnen niet gevonden.

7.2. Ontwikkeling

Naast de theoretische onderbouwing is geen verdere verantwoording van ontwikkeling voor Urlings en Van der Linden gevonden in openbare bronnen.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Urlings en Van der Linden gevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Urlings en Van der Linden gevonden.

7.5. Databank

Urlings en Van der Linden blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Urlings en Van der Linden

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Fenomenologische benadering (Langeveld, 1971/1979).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☑ Nee

Toelichting: De ontwikkeling is niet in openbare bronnen beschreven.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Urlings en Van der Linden.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Urlings en Van der Linden.

Bronnen over Urlings en Van der Linden

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Urlings, H. & Urlings, C. (2019). Methode Urlings. Een goede oude dag voor oudere en dementerende mensen met verstandelijke beperkingen. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 316–330). Boom uitgevers.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Urlings for U. (z.d.) *Methode Urlings en Van der Linden*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.urlingsforu.com/meer-over-methode-urlings-en-van-der-linden.

Kennisplein Gehandicaptensector. (24 juni 2021). *Methode Van der Linden-Urlings*. (z.d.). Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/methode-van-der-linden-urlings.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Urlings en Van der Linden)

Allewijn, M. (1991). Goede morgen, het is nu negen uur, wilt u opstaan? *Denkbeeld*, 10–14.

Beelen, G. (2003). Muziektherapie en reminiscentie: Klanken van vroeger. *Denkbeeld*, *2*, 2–5.

Beijk-Damen, T. (1997/2007). *Het levensverhaal van mensen met een verstandelijke handicap.* Uitgeverij Kavanah.

Buijssen, H. (1991). ROT, validation en warme zorg: Dementerende ouderen op drie wijzen benaderd. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, *4*, 104–113.

Buijssen, H. (1994). Herinnert u zich nog? *Tijdschrift voor Verzorgenden*, *5*, 142–145.

Feil, N. (1994). *Validation: Een nieuwe visie op omgaan met gedesoriënteerde ouderen*. Uitgeverij Kavanah.

Gellings, S. (1997). *Notitie lichaamsgericht werken*. Stichting Pepijn.

Janssens, M. (2003). *Humor: Een relativerende begeleidingsmethode*. Uitgeverij Nelissen.

Langeveld, M. (1971). *Beknopte theoretische pedagogiek*. Uitgeverij Wolters-Noordhoff.

Leboyer, F. (1991). *Shantala babymassage*. Uitgeverij Sevire.

Urlings, H. F. J., Claessens, M. J. J. T., Bernard, S. & Vos, A. W. (1993). De beleving van het ouder worden bij verstandelijk gehandicapten. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg (NTZ)*, *19*(2), 69–83.

Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Bil, W. M. E., Geelen, R., Kok, R. M., Luijendijk, H. J., Van der Stelt, I., Van Strien, A. M., Vink, M. T. & Vreeken, H. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie*. Verenso, NIP.

5.2.4. Vergelijking begeleidingsmethodieken dementie

Op basis van de openbare bronnen zijn drie begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met VB en dementie, te weten: Belevingsgerichte zorg, Dementia Care Mapping (DCM) en Urlings en Van der Linden. Op de voorgaande pagina's zijn deze begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Welke van deze drie komt als beste uit de bus? In de onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor voorliggende dementie

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Belevings-gerichte zorg	Ja	Ja, niet controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 proefschrift • 2 boeken
Dementia Care Mapping (DCM)	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland/Vlaanderen* • 5 wetenschappelijke artikelen • 1 proefschrift *Buitenland* • 1 wetenschappelijk artikel
Urlings en Van der Linden	Ja	Nee	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 1 boek(hoofdstuk)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat DCM als beste uit de bus komt met aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Op basis van kwantitatief onderzoek waren de resultaten wisselend.

5.3. **Ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek**

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor de doelgroep mensen met VB en ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek, die onderverdeeld kan worden in de subdoelgroepen LVB+ en EVB+ (figuur 5.3.1). De uitgebreidere definitie van LVB+ (Embregts, 2020) en EVB+ (Embregts, 2021) is te vinden in hoofdstuk 3. Voor deze doelgroep zijn vijf begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen: ARGOS (specifiek voor hechtingsstoornis), Gentle Teaching, Heijkoop, LifeWise en Triple-C.



Figuur 5.3.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (5.3.6) een vergelijking gepresenteerd tussen de vijf begeleidingsmethodieken. Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
Ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek	5	ARGOS Gentle Teaching Heijkoop LifeWise Triple-C	5.3.1, pagina 307 5.3.2, pagina 315 5.3.3, pagina 327 5.3.4, pagina 342 5.3.5, pagina 353

5.3.1. ARGOS

Overzicht	
Ontwikkelaars	Matthijs Heijstek, orthopedagoog-generalist Henri Koelewijn, orthopedagoog-generalist
Organisatie	Amerpoort/Carante groep
Website	www.argosmethode.nl
Jaar van ontwikkeling	2010: naslagwerk (Heijstek & Koelewijn, 2010)
Jaar van laatste actualisering	2021: herziene druk naslagwerk (Heijstek & Koelewijn, 2021)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☒ VB + ernstig probleemgedrag ☒ LVB+ (hechtingsstoornis) ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* De ontwikkelaars geven aan dat ARGOS zich in de eerste plaats richt op mensen met LVB en een hechtingsstoornis (Heijstek & Koelewijn, 2019). Verschillende principes van de methodiek kunnen volgens hen ook worden toegepast bij mensen met matige tot ernstige VB en een hechtingsstoornis. De aanpak moet dan wel worden aangepast aan het lagere ontwikkelingsniveau, aldus de ontwikkelaars. De ervaringen met ARGOS beperken zich tot cliënten met lichte of matige VB en een hechtingstoornis (Heijstek & Koelewijn, 2021). Voor zover bekend is de methodiek niet toegepast bij mensen met ernstige of zeer ernstige VB. Er is slechts een klein scriptieonderzoek verricht bij drie leerlingen met VB en problematisch gehechtheidsgedrag met wisselende resultaten (7.3). ARGOS hanteert niet de kenmerken van hechtingsstoornis zoals die zijn beschreven in de *DSM-5*, maar gaat uit van de kenmerken van het geen-bodem-syndroom. Deze zijn opgesteld en beschreven door Van Egmond op basis van ouderlijke ervaringsdeskundigheid (Van Egmond, 2007). Het geen-bodem-syndroom heeft geen wetenschappelijke basis.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☒ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* De ontwikkelaars geven aan dat ARGOS wordt toegepast in thuissituaties, pleeggezinnen, het voortgezet speciaal onderwijs, gezinshuizen en instellingen (Heijstek & Koelewijn, 2019).

Algemene beschrijving

De naam ARGOS is gebaseerd op de vijf gebieden waaruit hulpvragen van de cliënt kunnen voortkomen: Angst, Relaties, Geweten, Overlevingsgedrag en Stress. Deze begeleidingsmethodiek is ontwikkeld naar aanleiding van praktijkvragen van begeleiders en biedt hun dan ook handvatten voor de dagelijkse omgang met cliënten. Met ARGOS kunnen begeleiders aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt, voortkomend uit de combinatie van hechtingsstoornis en VB.

Volgens de ontwikkelaars is ARGOS het best toepasbaar wanneer het begeleidingsteam samenwerkt om de dagelijkse omgang met de cliënt te verbeteren. Continuïteit en een eenduidige, inzichtelijke en voorspelbare benadering zijn hierbij belangrijk omdat deze voor de cliënt bijdragen aan een gevoel van veiligheid. ARGOS is niet bedoeld voor het stellen van de diagnose hechtingsstoornis en biedt evenmin behandeling en genezing.

ARGOS voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Een hechtingsstoornis is een psychiatrische stoornis die diep ingrijpt in het functioneren van de cliënt (Heijstek & Koelewijn, 2021). Doordat hij/zij van kleins af aan geen goede gehechtheidsrelatie heeft gehad en geen veilige basis heeft ervaren, heeft hij/zij nooit goed geleerd te exploreren, wat een zeer negatief effect op zijn/haar ontwikkeling heeft. De mechanismes die hierbij een rol spelen zijn voor mensen met en zonder VB gelijk, maar bij mensen met VB kunnen ze leiden tot ander gedrag. Volgens de ontwikkelaars geven de tien kenmerken van het geen-bodem-syndroom (Van Egmond, 2007) het beste inzicht in de mechanismes en hulpvragen die schuilgaan achter het gedrag van iemand met een hechtingsstoornis. Deze kenmerken zijn gebaseerd op ouderlijke ervaringsdeskundigheid en zijn niet wetenschappelijk onderbouwd (Heijstek & Koelewijn, 2021).

2. Uitgangspunten

Bij ARGOS staat de hulpvraag achter het gedrag van de cliënt centraal. De door Van Egmond beschreven gedragskenmerken zijn bij mensen met VB vaak iets anders. Daarom hebben de ontwikkelaars van de begeleidingsmethodiek ze voor hen vertaald naar vijf gebieden waaruit kernhulpvragen ontstaan.

1) Angst: de cliënt heeft existentiële angst. Hij/zij ziet alles en iedereen als een bedreiging.
2) Relaties: omdat de cliënt relaties met een diepgaandere betrokkenheid als bedreigend ervaart, gaat hij/zij vaak alleen oppervlakkige contacten aan.
3) Geweten: de gewetensontwikkeling van de cliënt blijft achter. Zijn/haar morele redenering gaat uit van de eigen behoeften. Alles wat hier niet bij aansluit en een onaangenaam gevoel oplevert, wordt als negatief ervaren.
4) Overlevingsgedrag: de cliënt houdt zich staande door de wereld om zich heen voortdurend onder controle te houden.
5) Stress: de cliënt heeft bovengemiddeld veel (lichamelijke) stress en raakt deze minder makkelijk kwijt via de 'normale' weg van contact en geborgenheid.

3. Doel

Het doel van ARGOS is cliënten met VB en een hechtingsstoornis zo te begeleiden dat ze minder spanning en meer rust ervaren in dagelijkse situaties en in de omgang met anderen. Met deze begeleidingsmethodiek kunnen verschillende problemen worden omgezet naar hulpvragen. Ook kunnen begeleiders met de methodiek handvatten vinden om de cliënt te ondersteunen bij zijn/haar hulpvragen.

4. Systematische manier van handelen

De drie stappen van ARGOS om tot begeleidingshandvatten voor de cliënt te komen:
1) Overzicht krijgen: de hulpvraag achter het gedrag herkennen.
2) Inzicht krijgen: de functionele betekenis van het gedrag begrijpen.
3) Uitzicht krijgen: begeleiding bieden om uitzicht te geven op ander gedrag.

Aanbevolen wordt om bij elk van de drie stappen tijdens een teambijeenkomst met het gehele begeleidingsteam het bijbehorende werkblad in te vullen. Door het gedrag van de cliënt te leren herkennen en begrijpen, kunnen begeleiders handvatten kiezen die aansluiten bij de functionele betekenis van het gedrag. Zo kan de cliënt positieve ervaringen opdoen met het hanteren van situaties die spanning oproepen (de zogenoemde spanningsbronnen). De handvatten zijn niet bedoeld om de spanningsbronnen weg te halen, maar om de cliënt te leren met de spanning om te gaan. Per kernhulpvraag worden handvatten gegeven, bijvoorbeeld een heldere rolverdeling tussen begeleiders, een duidelijke dagstructuur en de cliënt laten merken dat hij/zij de regie voert.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet gesproken over de PDCA-cyclus. Wel is er sprake van vaste stappen en zijn er werkbladen voor de uitvoering daarvan. Binnen de stappen zijn gezamenlijke beeldvorming over de cliënt, het signaleren van knelpunten in de begeleiding en het samen bepalen van acties belangrijk. De bronnen geven aan dat inzichtelijk moet worden wat de cliënt nodig heeft en welke handvatten daarvoor ingezet kunnen worden. Er wordt niet gesproken over evaluatie tijdens of na de inzet van ARGOS, noch over bijstellingen van de acties of doelen.

5. Doorlopende manier van handelen

Begeleiders kunnen de handvatten van ARGOS elke dag opnieuw gebruiken in de omgang met de cliënt. Met de methodiek wordt de hechtingsstoornis niet behandeld en genezen. Wel leren begeleiders de cliënt om te gaan met de ervaren spanningen, waardoor voor hem/haar meer rust ontstaat in verschillende situaties en in de omgang met anderen.

6. Toepasbaarheid in de Nederland gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar: online naslagwerk ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het naslagwerk kan gratis worden gedownload. Aan de trainingen over ARGOS zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van ARGOS.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Heijstek & Koelewijn, 2021) is gratis te downloaden van het Kennisplein Gehandicaptensector (2021) en bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over ARGOS.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Er is geen implementatieplan voor ARGOS beschikbaar. Wel zijn er in hoofdstuk 9 van het boek drie werkbladen om zelf met het begeleidingsteam met de methodiek aan de slag te gaan: 1) Overzicht, 2) Inzicht en 3) Uitzicht. Aangeraden wordt deze werkbladen tijdens drie teambijeenkomsten samen in te vullen.
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☒ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen

	Toelichting: Over ARGOS worden verschillende trainingen aangeboden, zowel incompany als met open inschrijving. Ook is het mogelijk consultatie en advies voor begeleidingsteams in te winnen. Beschikbaar: www.argosmethode.nl (bij Training en advies).
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor ARGOS. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

In hun rapport (Heijstek & Koelewijn, 2010) geven de ontwikkelaars een theoretische onderbouwing van ARGOS. De methodiek sluit aan bij de kenmerken van een hechtingsstoornis zoals die zijn geformuleerd in het boek *Bodemloos bestaan* (Van Egmond, 2007). Heijstek en Koelewijn geven aan dat wetenschappers de terminologie van Van Egmond niet erkennen en deze als 'verouderd en besmet' beschouwen. De reden dat ze zich toch op Van Egmonds kenmerken baseren, is dat deze naar hun mening het beste inzicht geven in de mechanismes achter (het gedrag van mensen met) een hechtingsstoornis en dat van daaruit de beste vertaling kan worden gemaakt voor mensen met een hechtingsstoornis en VB (Heijstek & Koelewijn, 2010, 2021).

7.2. Ontwikkeling

ARGOS is ontstaan vanuit vragen uit de dagelijkse praktijk van begeleiders. De centrale vraag was hoe ze moeten omgaan met mensen met VB en een hechtingsstoornis. ARGOS is ontwikkeld door:

Predicaat begeleidingsmethodiek: ARGOS

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op kenmerken van een hechtingsstoornis, geformuleerd in boek *Bodemloos bestaan* (Van Egmond, 2007). Deze kenmerken worden door de wetenschap niet erkend en als 'verouderd en besmet' beschouwd (volgens ontwikkelaars ARGOS).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☑ Nee

Toelichting: Ontwikkeld in de praktijk. De ontwikkeling is niet in openbare bronnen beschreven.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Er is een gevalsstudie uit 2014 bij drie leerlingen met VB en problematisch gehechtheidsgedrag. Er wordt aangegeven dat kwalitatief onderzoek is gedaan, maar er lijken alleen vragenlijsten en de scores daarop te zijn gebruikt. De methodiek leek een positief effect te hebben op het pedagogisch klimaat en op externaliserend probleemgedrag van de drie leerlingen. De resultaten waren echter wisselend. Resultaten bij teamleden van de school en leerlingen gaven wel en geen effect aan. Verder onderzoek is noodzakelijk (Verschuren, 2014).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van ARGOS.

1) Een analyse van het gedrag van deze cliënten te maken
2) De theorie over hechtingsstoornissen (zie 7.1) toe te passen op het gedrag
3) Aan de hand van de uitkomsten van punt 2 onderliggende ontstaansmechanismen in kaart te brengen
4) Met behulp van deze ontstaansmechanismen de knelpunten in de begeleiding te vertalen naar hulpvragen
5) Door gebruik te maken van ervaringen, andere methodieken en gezond verstand handvatten te formuleren (Heijstek & Koelewijn, 2010)

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid

Verschuren deed in 2014 een gevalsstudie bij drie leerlingen met VB (mate van VB niet gespecificeerd) en problematisch gehechtheidsgedrag. In deze scriptie wordt geduid dat de drie leerlingen in een groep (cluster 3-school) zitten voor jongeren met VB en een ernstige complexe psychiatrische stoornis. De drie jongeren hebben volgens Verschuren "een gediagnosticeerde hechtingsstoornis en vertonen externaliserend en internaliserend moeilijk verstaanbaar gedrag". Verschuren geeft aan kwalitatief onderzoek te hebben gedaan, maar maakte vooral gebruik van vragenlijsten en de scores daarop. Er vonden geen interviews of focusgroepen plaats. ARGOS leek een positief effect te hebben op het pedagogisch klimaat. Ook leek er een positief effect te zijn op het externaliserend probleemgedrag van de drie leerlingen. De resultaten waren echter wisselend. Zo waren de scores van de gedragslijsten tussen twee metingen heel verschillend tussen team en leerlingen. De scores van het team waren bij beide metingen gelijk (ARGOS geen effect), bij de leerlingen waren de scores duidelijk verschillend (wel effect). Om met zekerheid iets te zeggen over het effect van ARGOS is verder onderzoek noodzakelijk, aldus Verschuren (Verschuren, 2014).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van ARGOS gevonden.

7.5. Databank

ARGOS blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over ARGOS

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Heijstek, M. & Koelewijn, H. (2021). *Methode ARGOS. Handvatten voor begeleiders van mensen met een hechtingsstoornis en een verstandelijke beperking* (3e druk). Carante groep. Beschikbaar: www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/methode-hechtingsstoornis-en-verstandelijke-beperking-argos.

Heijstek, M. & Koelewijn, H. (2019). Methode ARGOS: handvatten voor begeleiders van mensen met een hechtingsstoornis en een verstandelijke beperking. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 110–126). Boom uitgevers.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Heijstek, M. & Koelewijn, H. (2010). *A.R.G.O.S.-methodiek. Handvatten voor de begeleiding van personen met een hechtingsstoornis en een lichte verstandelijke beperking*. Carante groep. Beschikbaar: https://docplayer.nl/109008685-A-r-g-o-s-methodiek-handvatten-voor-de-begeleiding-van-personen-met-een-hechtingsstoornis-en-een-lichte-verstandelijke-beperking.html.

Scripties

Verschuren, H. (2014). *De ontbrekende schakel. ARGOS-methodiek als begeleidingsplan in het speciaal onderwijs voor kinderen met problematisch gehechtsheidgedrag*. Hogeschool Fontys.

Webpagina’s

ARGOS methode (z.d.). Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.argosmethode.nl.

Kennisplein Gehandicaptensector. (14 oktober 2021). *Methode hechtingsstoornis en verstandelijke beperking: ARGOS* (z.d.). Geraadpleegd 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/verstandelijke-beperking/hechtingsstoornis-verstandelijke-beperking-argos.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over ARGOS)

Van Egmond, G. (2007). *Bodemloos Bestaan* (7e druk). Uitgeverij Ambo.

5.3.2. Gentle Teaching

Overzicht	
Ontwikkelaar	John McGee †, psycholoog (Verenigde Staten)
Organisatie (NL)	Stichting Gentle Teaching
Website (NL)	www.gentleteaching.nl
Jaar van ontwikkeling	Jaren 80
Jaar van laatste actualisering	2005: naslagwerk (Van de Siepkamp, 2005)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☒ LVB+ ☒ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Gentle Teaching is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met VB en ernstig probleemgedrag. In boeken van ontwikkelaar McGee wordt de term *mental retardation* gebruikt (McGee, 1987a; McGee & Menolascino, 1991). Er is een proefschrift over toepassing van de methodiek bij mensen met (zeer) ernstige VB en ernstig probleemgedrag (Woodard, 1992). Verder zijn er kleine onderzoeken gericht op mensen met LVB en probleemgedrag (Roelofsen, 2014; Van Ophem, z.d.). In andere bronnen is de mate van VB niet gespecificeerd. De methodiek wordt specifiek toegepast bij cliënten die moeite hebben met sociale interactie en contact met anderen. Met name als ze hierbij emotionele of psychische stress ervaren, waardoor ze moeilijk te benaderen of begeleiden zijn. De ontwikkelaars geven aan dat Gentle Teaching minder effectief is bij cliënten bij wie gedrag en mogelijkheden tot contact worden beïnvloed door ernstige psychosen of neurosen of door gebruik van alcohol of drugs (Van de Siepkamp, 2019).
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Gentle Teaching is uitvoerbaar binnen zorginstellingen voor mensen met VB in kleinschalige woonvormen, activiteitencentra, speciaal onderwijs en in de thuissituatie (Vilans, 2021).

Algemene beschrijving

Gentle Teaching is een methodiek om mensen met VB en ernstig probleemgedrag te begeleiden zonder te straffen of belonen en zonder nadruk te leggen op het gedrag dat

als problematisch wordt ervaren. Het accent ligt niet op het aanleren van praktische vaardigheden of het afleren van ongewenst gedrag, maar op het ontwikkelen van onvoorwaardelijke relaties. Als de relatie tussen de cliënt en begeleider goed en onvoorwaardelijk is, kan de cliënt op een veilige, liefdevolle manier worden geholpen om problemen op te lossen, zonder dat de cliënt of zijn/haar omgeving daarbij schade ondervindt.

De ontwikkelaars geven aan dat Gentle Teaching kan worden gebruikt als algemene benaderingswijze en als methodiek. De methodiek bevat een systematische werkwijze en randvoorwaarden. Gentle Teaching voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Net als iedereen willen mensen met VB zich veilig en geliefd voelen. En net als iedereen hebben zij het recht om zich veilig en geliefd te voelen. Probleemgedrag kan ontstaan bij gebrek aan *companionship*, een onvoorwaardelijke, wederkerige vertrouwensrelatie tussen de cliënt en begeleider. Binnen Gentle Teaching wordt het woord 'cliënt' zoveel mogelijk vermeden omdat dit de persoon definieert in de rol als zorgafhankelijke. Ook wordt gesproken over 'moeilijk begeleidbaar gedrag' in plaats van '(ernstig) probleemgedrag', omdat daarin geen oordeel over het gedrag zit.

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van Gentle Teaching zijn:

1) Ieder mens verlangt ernaar zich intens verbonden te voelen.
2) Gelijkwaardigheid ligt ten grondslag aan de relatie tussen mensen.
3) Persoonlijke ontwikkeling is alleen mogelijk bij een goede relatie met anderen.

3. Doel

Het primaire doel van Gentle Teaching is het ontwikkelen van companionship. Deze relatie kent vier pijlers:

1) De cliënt voelt zich veilig in het contact met de begeleider.
2) De cliënt voelt zich onvoorwaardelijk geliefd door de begeleider.
3) De cliënt voelt en uit zich liefdevol naar de begeleider.
4) De cliënt voelt zich verbonden met de begeleider.

Doelen die in het verlengde liggen van dit primaire doel:

- De cliënt begeleidingstoegankelijk maken op stressvolle momenten.
- Het voor de begeleider mogelijk maken de cliënt vanuit oorspronkelijke motivatie op een zorgzame manier te begeleiden.

4. Systematische manier van handelen

De begeleidingsmethodiek is opgebouwd uit een aantal bouwstenen. In welke volgorde het opbouwen plaatsvindt en hoe de bouwstenen er in de praktijk precies uitzien, kan per cliënt verschillen. De bouwstenen zijn:

- Beeldvorming over de cliënt
- Grondhouding van de begeleider
- Persoonlijke ontwikkeling van de begeleider
- Levenskwaliteit van de cliënt
- Methodische aspecten
- Individueel plan

De werkwijze bestaat uit acht onderdelen:

1) Het proces
   Binnen Gentle Teaching wordt gesproken over 'dimensies' in plaats van 'fasen' omdat de methodiek zich richt op sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt en niet op het stapsgewijs aanleren van praktische vaardigheden. Er zijn vier dimensies:
   - Contact en veiligheid: zich onvoorwaardelijk veilig en geliefd voelen.
   - Wederkerigheid: wederkerigheid in de relatie ontwikkelen.
   - Verdieping companionship: gehechtheid in de relatie en vertrouwen opbouwen.
   - Sociale ontwikkeling: ontwikkeling van de eigen kwaliteiten en een bredere sociale omgeving.
2) De leermiddelen
   Communicatiemiddelen die dagelijks worden gebruikt:
   - Handen en aanrakingen
   - Stem en woorden
   - Ogen en gelaatsuitdrukking
   - Aanwezigheid

3) Perspectieven en doelen
In het ondersteuningsplan wordt voor de cliënt een concreet doel geformuleerd vanuit het perspectief van companionship en het verbeteren van de kwaliteit van leven.
4) Technieken
Binnen Gentle Teaching worden vier technieken gebruikt:
- Herkaderen. Het kader omvat vier soorten beelden: het beeld dat de cliënt van de begeleider heeft, het beeld dat de cliënt van zichzelf heeft, het beeld dat de begeleider van de cliënt heeft en het beeld dat de begeleider van zichzelf heeft. Bij herkaderen worden beelden die belemmerend kunnen zijn, vervangen door beelden die de relatie ondersteunen.
- Oprekken. De begeleider vraagt in het contact steeds iets meer van de cliënt.
- Delen. Bewust proces van leren delen van onder andere de ruimte, aandacht en bezittingen. Het betreft niet alleen de praktische betekenis van delen, maar ook de beleving van de cliënt (de verschuiving van iets afstaan naar iets geven) en de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en begeleider.
- Dialoog. Interactie tussen de begeleider en cliënt op basis van gelijkwaardigheid over thema's die voor beiden van betekenis zijn.
5) De grondhouding
Het ontwikkelen van de 'cultuur van hoop'. Hiermee wordt bedoeld: persoonlijke betrokkenheid, conflicten vermijden, Gentle-taalgebruik, hulp bieden als dat wenselijk is, niet straffen, één gemeenschap van begeleiders en cliënten vormen (begeleiders betrekken cliënten bij alledaagse werkzaamheden), gelijkwaardigheid, de ander als geheel zien, de (liefdevolle) identiteit van de cliënt stimuleren en altijd het geluk van de cliënt nastreven.
6) Kwaliteit van leven
Naast het ontwikkelen van een onvoorwaardelijke relatie zijn meer aspecten belangrijk voor een goede levenskwaliteit van de cliënt: een positieve lichaamservaring, positief zelfbeeld, gevoel van veiligheid, liefdevolle relaties, zingevende dagelijkse activiteiten, ondersteunende structuur, houvast in het leven, sociale verbanden en innerlijke rust. Het is van belang met Gentle Teaching te onderzoeken op welke manier de cliënt ook op deze gebieden kan worden ondersteund.
7) De persoonlijke ontwikkeling van de begeleider
Door gerichte reflectie en verbeeldingsoefeningen leert de begeleider belemmerende gevoelens tijdig te herkennen en ze om te buigen tot relatiebevorderende gevoelens.

8) Geweldloos handelen bij escalaties

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar er kan wel gebruik gemaakt worden van leersessies met bijbehorend leerplan, leerdoelen (= plan/do) en evaluatie (= check) (Van de Siepkamp, 2005). De werkwijze in cycli wordt niet beschreven.

5. Doorlopende manier van handelen

Het eerste deel van de methodiek duurt ongeveer zes maanden. Hierbij komen aan bod:

- De beeldvorming over de cliënt
- Het individuele traject waarin de cliënt companionship leert ervaren
- De persoonlijke ontwikkeling van de begeleider
- Afspraken binnen het team over het handelen bij ernstig probleemgedrag van de cliënt

Hierna zijn er twee ondersteunende processen, die langere tijd worden ingezet:

- De uitgangspunten van Gentle Teaching integreren binnen de zorginstelling en in de grondhouding van begeleiders. Ook verwanten worden hierbij betrokken. Dit wordt de 'cultuur van gentleness' genoemd.
- De kwaliteit van leven van de cliënt ondersteunen of verbeteren, zodat hij/zij zich op meerdere levensgebieden kan ontwikkelen.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Diverse formulieren en dia's van de basiscursus zijn gratis te downloaden van de website (www.gentleteaching.nl/gentle/nl/overig/60-downloads). Een gratis e-learning is beschikbaar via Kennisplein Gehandicaptensector (2021). Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Gentle Teaching.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Van de Siepkamp, 2005) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Gentle Teaching.

Implementatieplan beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Een overzicht van de randvoorwaarden en benodigde individuele inzet wordt weergegeven op de website (www.gentleteaching.nl/gentle/nl).
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er zijn diverse cursussen over Gentle Teaching, in verschillende vormen en voor verschillende betrokkenen. De meeste cursussen worden incompany aangeboden, op locatie bij de zorginstelling. Beschikbaar: www.gentleteaching.nl/gentle/nl/cursussen • Vierdaagse basiscursus voor begeleiders, verwanten, gedragskundigen en anderen • Opfrisdag met nieuwe inzichten, uitwisseling van ervaringen en ruimte om eigen casuïstiek te bespreken • Vierdaagse verdiepingscursus waarmee begeleiders, gedragskundigen of locatiemanagers worden opgeleid tot Gentle Teaching-coach • Trainerscursus die opleidt tot trainer/mentor Gentle Teaching • Teambegeleiding • Gentle management voor leidinggevenden en gedragskundigen • Geweldloos hanteren van escalatie • Casustraining • Individuele supervisie • Oudercursus Gentle Teaching
Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven). Een gedeeltelijk kostenoverzicht is te vinden op www.gentleteaching.nl/gentle/nl/cursussen.
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Deelnemers van de basis- en trainerscursus ontvangen na afronding een certificaat.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Gentle Teaching. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Gentle Teaching is ontwikkeld door John McGee op basis van zijn ervaringen in de sloppenwijken van Brazilië, zijn katholieke achtergrond en contact met leiders van de bevrijdingstheologie (Boff & Boff, 1986). Hij introduceerde de term 'psychologie van wederzijdse afhankelijkheid' (McGee & Menolascino, 1991), waarop Gentle Teaching is gebaseerd.

7.2. Ontwikkeling

Er is een artikel waarin de ondersteunende technieken die bij Gentle Teaching worden toegepast, worden genoemd en waarin ook literatuurverwijzingen zijn opgenomen (McGee, 1992). Verder wordt de methodiek toegelicht in Engelstalige boeken (McGee, 1987b; McGee & Menolascino, 1991) en in een Nederlandstalig boek (Van de Siepkamp, 2005). Er zijn geen openbare bronnen gevonden over de ontwikkeling van hulpmiddelen, zoals formulieren over kwaliteitsdoelen en de evaluatie van de groepscultuur en companionship.

Een proefschrift omvat een kwalitatief onderzoek bestaande uit literatuuronderzoek, interviews en een thematische analyse van de interviews (Start, 2008). Er wordt een aantal thema's benoemd dat belangrijk is binnen Gentle Teaching, waarbij niet wordt aangegeven hoe deze thema's moeten worden toegepast. Ook wordt niet ingegaan op de werkzaamheid van Gentle Teaching.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

In een proefschrift wordt een kwantitatief onderzoek beschreven waarbij één groep medewerkers werd getraind in Gentle Teaching en een andere groep een standaardtraining volgde (Woodard, 1992). Allen werkten ze met mensen met EV(M)B en ZEVMB en ernstig probleemgedrag (met andere woorden: EVB+). Er werden positieve aanwij-

Predicaat begeleidingsmethodiek: Gentle Teaching

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Psychologie van de wederzijdse afhankelijkheid (McGee & Menolascino, 1991).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: Ondersteunende technieken beschreven in McGee (1992). Uitleg en praktijkvoorbeelden beschreven in boeken (McGee, 1987; McGee & Menolascino, 1991; Van de Siepkamp, 2005). Geen openbare bronnen aanwezig over de ontwikkeling van hulpmiddelen.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Woodard (1992): medewerkers getraind in Gentle Teaching hebben significant meer positieve interacties dan bij de standaardtraining. Groenewegen & Hoekman (2008): gemiddeld een afname van probleemgedrag, wel individuele verschillen (mixed-methods). Van Rossum (2008): een jaar na de basistraining vooruitgang op alle geobserveerde punten (mixed-methods). In vier kwantitatieve onderzoeken werd weinig tot geen effect gevonden (Cullen & Mappin, 1998; Gates et al., 2001; Jones et al., 1991; Jordan et al., 1989).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☐ Afwezig
- ☑ Aanwezig
  - ☑ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Groenewegen & Hoekman (2008): meer positief contact tussen begeleiders en cliënten, maar ook negatieve punten ten aanzien van implementatie (mixed-methods). Roelofsen (2014): voornamelijk positieve effecten gevonden (participerende observatie). Van Rossum (2008): een jaar na de basistraining vooruitgang op alle geobserveerde punten (mixed-methods). Van Ophem (z.d.): zes van de zeven respondenten vonden Gentle Teaching geschikt voor cliënten met LVB+ (interviews).

zingen voor effectiviteit gevonden: de begeleiders en cliënten in de Gentle Teaching-groep hadden significant meer positieve interacties.

In een mixed-methods onderzoek is de werkzaamheid van Gentle Teaching op probleemgedrag onderzocht bij 29 cliënten in de woning (mate van VB niet gespecificeerd) met behulp van een vragenlijst (Groenewegen & Hoekman, 2008). Bij 26 van hen is de vragenlijst ook afgenomen tijdens dagbesteding. De vragenlijst werd voorafgaand aan de introductie van Gentle Teaching en circa twee jaar later ingevuld. Hoewel storend gedrag significant gemiddeld afnam, waren er individuele verschillen tussen cliënten en locaties. Soms nam probleemgedrag toe.

In een ander mixed-methods onderzoek is de werkzaamheid van Gentle Teaching onderzocht door gedragingen van begeleiders (gelijkwaardigheid, oogcontact, lichamelijk contact, gebruik stem, veilige relaties, interacties, verbondenheid, ondersteunen, communicatie, gemeenschapsvorming en aanbieden van hulp) te scoren bij observaties van drie begeleiders op drie verschillende momenten (voormeting, na de training en na een jaar) (Van Rossum et al., 2008). Een jaar na de basistraining was er vooruitgang op alle geobserveerde punten.

In de jaren 90 zijn in Amerika vier kwantitatieve onderzoeken uitgevoerd naar de werkzaamheid van Gentle Teaching. Hieruit bleek dat de methodiek weinig tot geen effect had bij mensen met VB en ernstig probleemgedrag (Cullen & Mappin, 1998; Gates et al., 2001; Jones et al., 1991; Jordan et al., 1989). Eén gevalsstudie beschrijft wel positieve bevindingen (Aylott & Sell, 1997).

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

In het hierboven genoemde mixed-methods onderzoek is kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van observaties en interviews (Groenewegen & Hoekman, 2008). Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van Gentle Teaching zijn onderzocht door middel van observaties bij zes cliënten en interviews met locatiehoofden en begeleiders. Meer positief contact tussen begeleiders en cliënten werd geobserveerd. Bij de interviews werden voornamelijk negatieve punten ten aanzien van de implementatie van Gentle Teaching genoemd, zoals weinig aandacht voor Gentle Teaching vanuit de organisatie, het ontbreken van overleggen en van de uitvoering van het implementatieplan.

Verder zijn er drie kleine kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd naar de werkzaamheid van Gentle Teaching. Er vond een pilotonderzoek plaats onder begeleiders en cliënten

met LVB+ met gebruik van participerende observatie (Roelofsen, 2014). Begeleiders ondervonden vooral positieve effecten van Gentle Teaching. Wel gaven ze aan dat soms onduidelijk was of de effecten door de Gentle Teaching-training kwamen of door andere factoren. In een ander onderzoek gaven zes van de zeven respondenten in een interview aan dat Gentle Teaching geschikt is voor cliënten met LVB+ (Van Ophem, z.d.). Uit een ander onderzoek kwam tijdens interviews met ervaren en minder ervaren begeleiders naar voren dat begeleiders met meer ervaring in Gentle Teaching vaker woorden gebruikten als 'veilig' en 'geliefd' en minder woorden als 'structuur' en 'duidelijkheid' (Rossum van et al., 2008). Ook waren meer ervaren begeleiders meer gericht op non-verbaal gedrag en hechtten ze daar meer waarde aan dan minder ervaren begeleiders. Bij stress door agressie of tijdsdruk werd minder gewerkt vanuit de principes van Gentle Teaching en meer vanuit een gedragsstructurerende benadering.

In 2020 is gedragskundige Simone Schipper-Eindhoven gestart met een promotieonderzoek naar de effecten en potentiële toepassingsmogelijkheden van Gentle Teaching binnen de ondersteuning en behandeling van mensen met VB. Naar verwachting rondt ze dit onderzoek in het voorjaar van 2025 af (Kennisplein Gehandicaptensector, 2023).

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt hieronder ook het (voorlopige) oordeel vermeld van de databank waarin Gentle Teaching is opgenomen.

Databank	Databank erkende interventies voor de langdurige zorg (Vilans)
Erkenningscommissie	Deelcommissie gehandicaptenzorg
Oordeel	Goed onderbouwd (november 2021)
Toelichting	"Gentle Teaching is een relevante interventie waarbij companionship tussen begeleider en cliënt centraal staat. Er onvoorwaardelijk zijn voor de cliënt is een mooi uitgangspunt. De commissie is positief over de vele praktijkkennis die meegenomen is bij de ontwikkeling van Gentle Teaching. Er is waardering voor de theoretische aspecten die hieraan ten grondslag liggen. Het is veelbelovend dat er recent promotieonderzoek gestart is naar Gentle Teaching in Nederland" (Databank erkende interventies, z.d.).
Webpagina	www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-gentle-teaching
Beschrijvend rapport	Van de Siepkamp, P. & Schipper-Eindhoven, S.M. (z.d.).

Bronnen over Gentle Teaching

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

De Corte, K. (2005). Gentle Teaching op Vlaamse wijze in de 21ste eeuw. *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *24*(4), 10-19.

Groenewegen, M. & Hoekman, J. (2008). Effecten van de introductie van Gentle Teaching in een intramurale instelling. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *34*(4), 250–257.

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Van de Siepkamp, P. (2005). *Gentle Teaching. Een weg van hoop voor mensen met bijzondere kwetsbaarheden*. Uitgeverij Nelissen.

Van de Siepkamp, P. (2019). Gentle Teaching. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 252–269). Boom uitgevers.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Roelofsen, E. E. (2014). *Wat is Gentle? Verslag van een pilot-onderzoek naar de effecten van Gentle Teaching*.

Van Rossum, L., Schipper, S., Sturop, R., Plug, J. & Martius, D. (2008). Beklijft Gentle Teaching? *Markant – tijdschrift voor de gehandicaptensector, 8,* 16-18.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Van de Siepkamp, P. & Schipper-Eindhoven, S.M. (z.d.). *Databank erkende interventies langdurige zorg: beschrijving Gentle Teaching.* Vilans.

Scripties

Niet openbaar gevonden. In de bovenstaande beschrijving van Gentle Teaching in de *Databank erkende interventies* worden drie scripties aangehaald. Deze zijn niet toegankelijk via de onderwijsinstellingen (Hogeschool van Amsterdam, Universiteit van Amsterdam) of de Hbo-kennisbank.

Webpagina's

Databank erkende interventies. (z.d.). *Gentle Teaching*. Vilans. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-gentle-teaching.

De Corte, K. (z.d.). *Gentle Teaching*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kareldecorte.be/gentle-teaching.

Gentle Teaching. (z.d.). *Gentle Teaching – Onvoorwaardelijke relaties de basis voor opvoeden en hulpverlening*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.gentleteaching.nl/gentle/nl.

Kennisplein Gehandicaptensector. (18 november 2021). *Free learning Gentle Teaching.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/free-learning-gentle-teaching.

Kennisplein Gehandicaptensector. (18 januari 2023). *Gentle Teaching versterkt vertrouwensrelatie cliënt-begeleider*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/actueel/nieuws/gentle-teaching-versterkt-relatie-client-begeleider.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Aylott, J. & Sell, I. (1997). Gentle Teaching as an empowering approach to challenging behaviour. *British Journal of Nursing*, *6*(8), 442–446. https://doi.org/10.12968/bjon.1997.6.8.442.

Cullen, C. & Mappin, R. (1998). An examination of the effects of Gentle Teaching on people with complex learning disabilities and challenging behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*(2), 199–211. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01294.x.

Gates, B., Newell, R. & Wray, J. (2001). Behaviour modification and Gentle Teaching workshops: management of children with learning disabilities exhibiting challenging behaviour and implications for learning disability nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *34*(1), 86–95. https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.2001.3411730.x.

McGee, J. J. (1992). Gentle Teaching's assumptions and paradigm. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *25*(4), 869–872. https://doi.org/10.1901/jaba.1992.25-869.

Jones, L. J., Singhm, N. N. & Kendall, K. A. (1991). Comparative effects of Gentle Teaching and visual screening on self-injurious behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, *35*(1), 37–47. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1991.tb01029.x

Jordan, J., Singh, N. N. & Repp, A. C. (1989). An evaluation of Gentle Teaching and visual screening in the reduction of stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *22*(1), 9–22. https://doi.org/10.1901/jaba.1989.22-9.

Proefschriften

Start, T. S. (2008). *Practicing unconditional love: the experience of applying gentle teaching principles with individuals diagnosed with developmental disorders*. Michigan School of Professional Psychology.

Woodard, C. W. (1992). *The nonaversive/positive treatment of severely and profoundly retarded clients with serious behavioral problems*. University of South Carolina.

Boeken

McGee, J. J. (1987). *Gentle Teaching: a non-aversive approach to helping persons with mental retardation*. Human Sciences Press.

McGee, J. J. & Menolascino, F. J. (1991). *Beyond Gentle Teaching: a nonaversive approach to helping those in need*. Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9412-0.

Mcgee, J. J. (2000). *Mending broken hearts – A handbook for those who care for and about others*. Gentle Teaching international.

Overige referenties (niet over Gentle Teaching)

Boff, L. & Boff, C. (1986). *Introducing liberation theology*. Orbis Books.

5.3.3. Heijkoop

Overzicht	
Ontwikkelaar	Jacques Heijkoop †, ontwikkelingspsycholoog
Organisatie	Heijkoop Academy
Website	www.heijkoop-academy.nu
Jaar van ontwikkeling	1991: eerste druk *Vastgelopen* (huidige druk: Heijkoop, 2013)
Jaar van laatste actualisering	2020: tweede herziene druk naslagwerk (Heijkoop, 2020)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + ASS ☐ VB + dementie ☒ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Heijkoop is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met VB in vastgelopen situaties; de voorbeelden in het boek *Vastgelopen*, verschenen in 1991, gaan voornamelijk over mensen met VB en ernstig probleemgedrag (Heijkoop, 2013). Later werd de methodiek ook ingezet bij andere cliëntengroepen. In de praktijk bleek ze toepasbaar bij mensen van uiteenlopende niveaus (van LVB tot en met ZEV(M)B) en naarmate doorontwikkeling plaatsvond ook bij mensen met autisme, ADHD, zintuiglijke beperkingen, dementie of psychosen, aldus de ontwikkelaar (Heijkoop, 2019, 2020). Niet voor al deze verschillende doelgroepen is onderzoek naar de werkzaamheid van de methodiek gevonden. In een onderzoek van Webb (2017) was sprake van toepassing bij mensen met VB (mate niet gespecificeerd) met ernstig probleemgedrag. In een onderzoek van Thompson et al. (2021) zijn interviews gehouden met diverse zorgprofessionals. De mate van VB van de cliënten met wie ze werkten, werd niet gespecificeerd.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet (verder) gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Volgens de ontwikkelaar kan de methode worden toegepast in gezinnen, op scholen, specialistische dagcentra, woonvoorzieningen en activiteitencentra (Heijkoop, 2020). In het onderzoek van Webb (2017) werden twee locaties meegenomen: een woonvoorziening voor mensen met VB en complexe psychische problemen en/of ernstig probleemgedrag en een dagbestedingslocatie, waarvan de ene helft van de cliënten langdurige zorg en de andere helft een kortdurende intensieve behandeling kreeg. Bij hen was sprake van VB en psychische problemen, ernstig probleemgedrag of aandoeningen als dementie, epilepsie of een voedingsstoornis.

Algemene beschrijving

Sinds begin jaren 70 werkte Jacques Heijkoop als consulent in vastgelopen situaties ten gevolge van ernstig probleemgedrag. De ideeën die aan zijn werkwijze ten grondslag lagen en de ervaringen die hij opdeed, legde hij onder meer vast in het boek *Vastgelopen*, dat in 1991 verscheen. Dit vormde de basis van Methode Heijkoop (hierna: Heijkoop). Hoewel er tussen de cliënten grote verschillen waren, was er ook een overeenkomst: begeleiders ontdekten door een nieuwe vorm van videoanalyse (Ontdekkend Kijken) altijd een bron voor herstel.

Heijkoop biedt een aantal instrumenten die begeleiders helpen op een nieuwe, gestructureerde manier naar cliënten te kijken. Hierbij onderzoeken begeleiders samen de individuele manier waarop de cliënt zich uit en kennen ze daar samen betekenis aan toe. De nieuwe kijk en het bewustwordingsproces hebben veel invloed op het contact en de relatie met de cliënt. Met Heijkoop ontwikkelen begeleiders nieuwe relationele kwaliteiten en een nieuwe manier van begeleiden, wat ertoe leidt dat de cliënt beter functioneert. Afname van probleemgedrag is daarbij een positieve bijwerking.

In de methodiek staat de relatie tussen de cliënt en de mensen die hem dagelijks verzorgen en ondersteunen centraal. Ervaart de cliënt in zijn omgeving een gebrek aan veiligheid, dan kan dit tot ernstig probleemgedrag leiden, zoals zelfverwonding, agressie tegenover mensen en voorwerpen en afsluiting voor de wereld om hem heen.

Heijkoop wordt specifiek ingezet (Heijkoop, 2020):

- Als begeleidingsmethodiek voor structurele verbetering van de zorg en ondersteuning.
- Bij de behandeling van chronisch probleemgedrag, zoals zelfverwonding, zich extreem terugtrekken, beschadiging van eigen en andermans spullen, fysieke en verbale agressie, eten weigeren.
- Ter ondersteuning bij het afbouwen van onvrijwillige zorg die leidt tot ernstige inperking van de leefwereld van de cliënt.
- Bij beschrijvende diagnostiek vanuit een relationeel perspectief. Classificatie op basis van klassieke labels zegt lang niet alles over het totale functioneren van de cliënt. Beschrijvende diagnostiek, bijvoorbeeld middels Heijkoop, blijft dicht bij de dagelijkse praktijk van de cliënt. In zijn dagelijkse interactie met begeleiders ontstaat een beter beeld van zijn eigenschappen, zodat een meer compleet profiel van zijn mogelijkheden en beperkingen kan worden gemaakt.

Heijkoop voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Door anders naar de cliënt te kijken, kunnen in ernstig vastgelopen situaties onverwachte openingen ontstaan. Bij Heijkoop worden video-opnamen gemaakt, waarna begeleiders de lichaamstaal van de cliënt op een niet-oordelende manier analyseren. Hierdoor worden ze zich niet alleen bewust van wat er in de communicatie misgaat, maar ook van de mogelijkheden (van zowel de cliënt als henzelf) om misverstanden te voorkomen. Communicatie is doelgerichte uitwisseling tussen twee personen. Mensen met VB begrijpen bedoelingen van anderen vaak minder goed en hebben minder mogelijkheden om hun eigen emoties en bedoelingen bij anderen over te brengen. Wanneer begeleiders de taal van de cliënt en die van henzelf beter leren kennen, kunnen misverstanden worden vermeden.

Wanneer begeleiders video-opnamen nauwgezet en herhaaldelijk bekijken, beschrijven wat ze zien en er vervolgens betekenis aan geven, kunnen ze op een open manier toenadering tot de cliënt zoeken, wat kan leiden tot wederzijdse aandacht en interesse. Dit vormt de basis voor:

- Wederkerig contact
- Communiceren op basis van dialoog
- Samenwerken op een actieve, elkaar aanvullende manier
- Probleemoplossend samenwerken op lastige momenten

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van de methodiek (Heijkoop, 2019, 2020):

- Samenwerking: door ruimte te creëren voor ieders eigen manier van uitdrukken en aan te sluiten bij ieders mogelijkheden, kan een actieve samenwerking ontstaan. Dit geldt zowel tussen de Heijkoop-trainer/coach en begeleiders als tussen begeleiders en de cliënt. Wanneer iemands betrokkenheid, beleving, emoties en initiatieven worden opgemerkt en gewaardeerd, voelt hij/zij zich veilig en ontspannen en ontstaat meer plezier in het contact, wat tot meer initiatieven kan leiden. De samenwerking binnen Heijkoop wordt omschreven als 'Triple A':
    - <u>A</u>ansluiting zoeken bij de aandacht, interesse en beleving van de ander, wat tot een gedeelde ervaring leidt.

  - Aanpassing aan de mogelijkheden van de ander in zijn/haar wijze van communiceren, contact maken, initiatieven nemen en samenwerken. Zo ontstaat voor iedereen ruimte om op zijn/haar eigen manier mee te doen en inbreng te hebben.
  - Afstemming op de betrokkenheid, inbreng en het vertrouwen. Hoe de cliënt zich voelt en wat hij/zij (aan)kan, verschilt per moment. Begeleiders 'lezen' wat de cliënt nodig heeft en geven precies zoveel ondersteuning dat er voldoende ruimte overblijft voor de eigen inbreng van de cliënt in het contact. Er is sprake van dynamisch aanvullen en ondersteunen, waarbij begeleiders de lichaamstaal van de cliënt zien als feedback.
- Methodische werkwijze: begeleiders werken via een aantal stappen aan hun bewustwording van en inzicht in de lichaamstaal van de cliënt. De inzichten onderzoeken ze vervolgens in het dagelijkse contact. Zo verdiepen ze zich steeds meer in de individuele expressie van de cliënt en kunnen ze hier steeds genuanceerder op inspelen, waardoor meer vertrouwen ontstaat.
- Blikverruiming: door videoanalyse en aanvullende instrumenten leren begeleiders betekenisvol te kijken en in de eerste plaats de mens te zien.
- Belangstelling: wanneer begeleiders betekenisvol naar de cliënt kijken, krijgen ze vanzelf belangstelling voor de cliënt. Die belangstellende houding leidt ertoe dat begeleiders actief contact met de cliënt maken en hem/haar ruimte geven zelf initiatief te nemen om erop in te gaan.
- Persoonlijke betrokkenheid: bij alle instrumenten binnen Heijkoop is persoonlijke betrokkenheid bij de cliënt het uitgangspunt. Dit speelt een belangrijke rol in het gezamenlijke onderzoek van begeleiders naar een steeds persoonlijkere manier van communiceren met de cliënt.

Daarnaast zijn de volgende principes van belang bij het versterken van het zelfvertrouwen en wederzijdse vertrouwen van de cliënt en begeleiders (Heijkoop, 2019, 2020):

- Overtuiging van de mogelijkheid tot herstel: er zijn vrijwel altijd mogelijkheden om samen een impasse te doorbreken, bij zowel de cliënt als begeleiders. De voornaamste belemmering is dat begeleiders niet meer geloven dat de problemen kunnen worden opgelost. Daarom is er binnen Heijkoop veel aandacht voor het herstel van het (zelf)vertrouwen van begeleiders en via hen ook voor dat van de cliënt.
- Meer oog voor lichaamstaal, minder voor gesproken woorden: verbale communicatie leidt bij mensen met ernstige gedragsproblemen bijna nooit tot beter contact. Wan-

neer begeleiders meer oog hebben voor de lichaamstaal waarmee de cliënt zich uit, kunnen ze beter begrijpen wat hem/haar bezighoudt.

- Beeldvorming: wie en wat: het gaat niet zozeer om het 'wat' van de cliënt (bijvoorbeeld het functioneren, de problematiek of de stoornis), maar om het 'wie' (de unieke manier waarop de cliënt zich in het leven staande houdt).
- Voortdurende wederzijdse beïnvloeding: interacties tussen de cliënt en begeleiders spelen zich vaak onbewust af en vormen een continu samenspel waarbij beiden voldoening of teleurstelling ervaren, of een schakering ertussenin. Doordat begeleiders zich bewust worden van de individuele expressie van de cliënt, scheppen ze ruimte voor zijn/haar inbreng. Zo krijgt de cliënt steeds meer invloed op het samenspel en ontstaat een voortdurende wederzijdse beïnvloeding.
- Betekenisvol in plaats van verklarend kijken: wanneer ze betekenisvol kijken, kunnen begeleiders de cliënt op een open manier benaderen, wat kan leiden tot wederzijdse aandacht en interesse.
- Het Zelf staat centraal: met het Zelf wordt het interne werkmodel bedoeld dat de cliënt in de loop van zijn/haar leven heeft ontwikkeld in relatie met belangrijke mensen om hem/haar heen. Door ervaringen heeft de cliënt bepaalde verwachtingen over zijn/haar eigen inbreng en de ondersteuning hierbij door de mensen die bij hem/haar betrokken zijn. Met het begrip Zelf wordt de persoonlijke kwetsbaarheid van de cliënt in een relationeel verband geplaatst: het kan alleen groeien binnen relaties met mensen van wie hij/zij afhankelijk is.
- De cliënt, begeleider en deskundige zijn gelijkwaardig: de relatie tussen de Heijkoop-trainer/coach en begeleider staat model voor de relatie tussen de begeleider en cliënt. Beide kenmerken zich door een geleide, veilige samenwerking met belangstelling en ruimte voor elkaars eigenheid en inbreng.
- Belang van bewustwording en inzicht: nieuwe dingen ontdekken en begrijpen motiveert om ermee aan de slag te gaan. Daarom is het in gang zetten van bewustwording en inzicht van begeleiders belangrijk. Het vormt de basis van veranderingen in hun denken en doen.
- Brede toepasbaarheid: Heijkoop gaat uit van algemene sociaalwetenschappelijke principes over een gezond persoonlijk functioneren, niet van stoornissen, ziekten en handicaps. Dit maakt de methodiek breed toepasbaar.

3. Doel

Het doel van Heijkoop is dat de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en begeleider beter wordt en ze samen ervaringen opdoen die het wederzijds vertrouwen versterken (Heijkoop, 2019, 2020). Dit draagt bij aan beider welbevinden, waardoor probleemgedrag naar de achtergrond verdwijnt. Via een natuurlijk veranderingsproces bij de begeleider verandert de kwaliteit van leven van de cliënt. Zodra de begeleider anders naar de cliënt gaat kijken, krijgt de begeleider meer begrip voor de cliënt en kan de begeleider zich beter in de cliënt inleven, waardoor anders gehandeld zal worden, wat de relatie met de cliënt ten goede komt en zorgt voor toename van zijn/haar kwaliteit van leven.

4. Systematische manier van handelen

Door de inzet van instrumenten stimuleert elke stap in het traject een volgende fase in het proces van verandering. Tijdens werkbijeenkomsten worden bewustwording en inzicht op een methodische manier tot stand gebracht met behulp van deze instrumenten. Er kunnen vijf instrumenten worden ingezet (Heijkoop, 2019):

1) Ontdekkend Kijken: helpt de begeleider onbevooroordeeld en betekenisvol naar de cliënt te kijken. Dit is de basis van Heijkoop; zonder kennis en beheersing van Ontdekkend Kijken is het niet mogelijk de andere instrumenten in te zetten zoals bedoeld.
2) Functioneringsprofiel: geeft de begeleider inzicht in de redenen waarom hij/zij de cliënt over- of onderschat.
3) Constructieve Hantering Probleemgedrag: helpt de begeleider op moeilijke momenten actief met de cliënt samen te werken.
4) Relatiedynamiek: brengt dynamiek in een vastgelopen relatie tussen de cliënt en begeleider.
5) Videotraining: helpt de begeleider bij het ontwikkelen van relationele kwaliteiten.

Elk instrument heeft een eigen invalshoek en laat begeleiders op een andere manier naar de cliënt kijken. De nieuwe kijk heeft grote invloed op het contact en de relatie met de cliënt; het brengt een proces van verandering op gang bij alle betrokkenen. Elk instrument is ontwikkeld en getest in de praktijk en stimuleert een open, actieve manier van samenwerken.

Voor de start van het traject vormt de Heijkoop-trainer/coach zich een beeld van wat er bij de begeleiders speelt. Ook maakt de trainer/coach kennis met de cliënt en zijn/haar omgeving en sociale systeem. Verder onderzoekt de trainer/coach hoe hierbij het beste kan worden aangesloten. Vervolgens geeft hij/zij de begeleiders uitleg over de visie, uitgangspunten, werkwijze en instrumenten van Heijkoop.

Ontdekkend Kijken is altijd het eerste instrument dat wordt ingezet. Het bestaat uit deze stappen (Heijkoop, 2020):

- Video-opnamen: in het dagelijks leven van de cliënt worden opnamen gemaakt van steeds 5 minuten.
- Eerste werkbijeenkomst videoanalyse: de opnamen worden onder leiding van de Heijkoop-trainer/coach twee keer bekeken en geanalyseerd.
- Verkenning in de praktijk: tussen de eerste en tweede werkbijeenkomst onderzoeken de begeleiders in de praktijk het aspect van het functioneren van de cliënt dat tijdens de videoanalyse hun belangstelling heeft gewekt.
- Tweede werkbijeenkomst videoanalyse: de begeleiders delen hun praktijkervaringen en ontdekkingen. Vervolgens worden in twee rondes nieuwe opnamen bekeken en geanalyseerd.
- Verkenning in de praktijk: tussen de tweede en derde werkbijeenkomst onderzoeken de begeleiders het aspect van het functioneren van de cliënt dat tijdens de tweede videoanalyse hun belangstelling heeft gewekt.
- Derde werkbijeenkomst: de begeleiders bespreken hun inzichten en begeleidingskwaliteiten. Hierbij komt aan bod hoe de cliënt laat zien wat hem/haar beweegt en hoe de cliënt zich in het dagelijks leven staande houdt. Ook vertellen de begeleiders hoe ze in het toenadering zoeken, contact maken, communiceren en samenwerken al rekening houden met de cliënt.

Tijdens de Integratie worden de inzichten en begeleidingskwaliteiten geborgd. Ze moeten worden ingebed in het gehele sociale systeem, zodat ze niet alleen worden behouden, maar ook verder kunnen worden ontwikkeld. Begeleiders moeten de gelegenheid krijgen de nieuwe inzichten en gegroeide kwaliteiten in de dagelijkse praktijk te onderzoeken en toetsen. Ieder begeleider doorloopt dit proces op een eigen manier en in een eigen tempo.

De Heijkoop-trainer/coach stimuleert de verdere ontwikkeling op drie manieren (Heijkoop, 2020):

- Uitwisselen van ervaringen: begeleiders wisselen ervaringen uit en benoemen de relationele kwaliteiten die ze hebben ontwikkeld en de effecten daarvan op hun relatie met de cliënt. Dit wordt geïntegreerd in de verschillende overlegvormen van het team.
- Periodieke toetsing: ook na afronding van het traject nemen de begeleiders regelmatig de tijd om de veranderingen bij de cliënt en henzelf te bespreken.
- Borging: de inzichten en relationele kwaliteiten worden vastgelegd in de documentatie over de cliënt (rapportages, begeleidingsplan, verslagen van overleggen).

Begeleiders, de gedragsdeskundige en de leidinggevende spelen hierin een belangrijk rol. Vanuit hun specifieke functie dragen ze bij aan elk onderdeel.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over een PDCA-cyclus, maar bij Heijkoop is wel sprake van een methodisch werkwijze. Het Heijkoop-traject omvat drie fasen (Oriëntatie, Implementatie en Integratie) waarin een aantal veranderingen optreden (Heijkoop, 2019, 2020). Deze vormen een veranderingsproces. Het traject en proces sluiten op elkaar aan. Tijdens het traject wordt bij de begeleider een verandering teweeg gebracht in het kijken naar, denken over, beleven van en de opstelling tegenover de cliënt en zichzelf. Het veranderingsproces betreft dus zowel de cliënt als begeleider (Heijkoop, 2020).

5. Doorlopende manier van handelen

In de derde fase (Integratie) worden de veranderingen een natuurlijk onderdeel van de manier waarop de begeleider zich opstelt. Daarvoor is het nodig dat ze een vanzelfsprekend onderdeel worden van de manier waarop begeleiders ervaringen uitwisselen en van het teamoverleg, periodieke evaluaties en het begeleidingsplan (Heijkoop, 2020). Zo ontstaat een op ontwikkeling gericht cyclisch proces, waarbij het opdoen en borgen van ervaringen een centrale rol speelt.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het naslagwerk is tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Heijkoop.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het naslagwerk (Heijkoop, 2020) bevat zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Heijkoop.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Er is geen implementatieplan voor de invoering van Heijkoop gevonden. Wel worden voor Ontdekkend Kijken enkele randvoorwaarden beschreven (Heijkoop, 2019, 2020): • De betrokken medewerkers krijgen voldoende tijd. • Het traject wordt geleid door een gecertificeerd Heijkoop-trainer/coach. • Er is een coördinator die de activiteiten organiseert. • Er is een ruimte met apparatuur beschikbaar: • afspeelapparatuur zoals een laptop of een videocamera van waaraf de opnamen kunnen worden afgespeeld • een scherm om de opnamen te bekijken
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* De Heijkoop Academy biedt trainingen om Ontdekkend Kijken (videoanalyse) en andere instrumenten toe te passen. De basismodule Ontdekkend Kijken is verplicht. Hierna kunnen vervolgmodules worden gevolgd. Voor Heijkoop zijn er verschillende trainingen. Beschikbaar: www.heijkoop-academy.nu/heijkoop-academy. • Achtdaagse basismodule Ontdekkend Kijken voor medewerkers met een leidinggevende, adviserende of coachende functie • Vijfdaagse vervolgmodule Videotraining • Zevendaagse vervolgmodule ProbleemOplossend Samenwerken • Zevendaagse vervolgmodule Relatiedynamiek • Zevendaagse vervolgmodule Functioneringsprofiel Hiernaast worden workshops en opfrisdagen over verschillende instrumenten aangeboden.

Scholingskosten	☒ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De scholingskosten zijn online te vinden en zijn afhankelijk van de gekozen scholing (zie boven). Een gedeeltelijk kostenoverzicht is te vinden op www.heijkoop-academy.nu/heijkoop-academy.
Certificering	☒ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting*: Voor de toepassing van Ontdekkend Kijken zijn minimaal twee werkbijeenkomsten nodig van anderhalf tot twee uur.

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Heijkoop. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

Ten aanzien van de wetenschappelijke onderbouwing zijn de volgende samenvattingen van congresbijdragen niet meegenomen: Baker & Heijkoop, 2017; Clegg, 2017; De Groef, 2017; Heijkoop, 2017; Webb, Pilnick & Clegg 2017a, 2017b. Deze bronnen zijn wel openbaar toegankelijk, maar de resultaten zijn niet controleerbaar. Artikelen over de in de samenvattingen benoemde onderzoeken zijn niet gevonden.

7.1. Theoretische onderbouwing

Heijkoop is gebaseerd op de ontwikkelingspsychologie, met name op het transactioneel ontwikkelingsmodel (Sameroff, 2009, Sameroff & Mackenzie, 2003). Het relationele concept van het Zelf vindt zijn oorsprong in het werk van Daniel Stern (1985). Verder wordt gebruikgemaakt van aspecten uit de transactionele analyse en hechtingstheorie. Ook bevat de methodiek elementen uit:

- observatietechnieken uit de ethologie
- de waarnemingspsychologie

Predicaat begeleidingsmethodiek: Heijkoop

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op diverse theorieën en modellen, onder andere de ontwikkelingspsychologie, met name het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff, 2009; Sameroff & Mackenzie, 2003).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☑ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De (door)ontwikkeling (in de praktijk) is beschreven, maar niet uitvoerig, waardoor deze niet controleerbaar is.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Uit het kwantitatieve deel van een mixed-methods onderzoek (Thompson et al., 2021) bleek Ontdekkend Kijken (instrument binnen Heijkoop) behulpzaam tot erg behulpzaam voor zorgprofessionals, waardoor zij zich bekwamer voelden. Ook werden zestien soorten positieve veranderingen in gedrag, communicatie en omgang benoemd.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☑ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek van Thompson et al. (2021) kwamen drie hoofdthema's voor Ontdekkend Kijken naar voren: kracht van het proces, impact op interactie en dat Ontdekkend Kijken uniek en waardevol werd bevonden. In het proefschrift van Webb (2017) wordt beschreven dat Ontdekkend Kijken leidt tot opener contact met meer initiatief van de cliënt en tot meer empathie en inlevingsvermogen van begeleiders. Ook was er een positief effect op de bewustwording en werkcultuur.

- kennis over sociale waarneming uit de gestaltpsychologie
- het 'Wie en Wat'-model
- kennis over sociale veranderingsprocessen
- het model over *learned helplessness* van Seligman
- mindfulness

In het naslagwerk over de methodiek (Heijkoop, 2020) en in een hoofdstuk over de methodiek in een ander boek (Heijkoop, 2019) verwijst de ontwikkelaar niet naar de oorspronkelijke bronnen.

7.2. Ontwikkeling

Begin jaren 80 vonden de eerste cursussen over de Heijkoop-benadering plaats, eerst in België en Denemarken, later ook in Nederland. In de loop van de jaren 80 werd deze benadering doorontwikkeld tot een methodische manier van samenwerken met belangrijke mensen rondom de cliënt. Aanvankelijke bestond de werkwijze vooral uit het geven van adviezen aan ouders en begeleiders. Gaandeweg werd de aanpak steeds meer een methodiek. In 1991 publiceerde ontwikkelaar Heijkoop *Vastgelopen*, het boek waarin hij de uitgangspunten van de methodiek toelicht. Later is de methodiek in de praktijk doorontwikkeld en getoetst. Hoe de ontwikkeling precies heeft plaatsgevonden is niet beschreven en dus niet controleerbaar.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Nederlands kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Heijkoop is niet gevonden. Buitenlands onderzoek beperkt zich tot een mixed-methods onderzoek naar het instrument Ontdekkend Kijken bij mensen met VB (mate niet gespecificeerd) en ernstig probleemgedrag (Thompson et al., 2021). In fase 1 is voorafgaand en na het Ontdekkend Kijken onder zorgprofessionals een lijst met schaalvragen afgenomen. De meeste van hen gaven aan dat ze Ontdekkend Kijken behulpzaam of erg behulpzaam vonden en dat ze zich bekwamer voelden. In fase 2 vonden met zes zorgprofessionals drie tot twaalf weken na het Ontdekkend Kijken semigestructureerde interviews plaats met deels schaalvragen en deels open vragen. Hieruit kwamen zestien soorten positieve veranderingen in gedrag, communicatie en omgang naar voren. Het ging om belangrijke veranderingen die zonder Ontdekkend Kijken waarschijnlijk niet hadden plaatsgevonden, aldus de zorgprofessionals.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Nederlands kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Heijkoop is niet gevonden. In het bij 7.3 beschreven onderzoek van Thompson et al. (2021) vond op basis van de daar genoemde stappen een thematische analyse plaats. Hierbij kwamen drie hoofdthema's naar voren: de kracht van het proces, impact op interactie en dat Ontdekkend Kijken uniek en waardevol werd bevonden. In het proefschrift van Webb (2017) wordt een kwalitatief onderzoek beschreven waarin zes Ontdekkend Kijken-bijeenkomsten zijn geanalyseerd en interviews met zorgprofessionals zijn gehouden. Deze zorgprofessionals werkten met cliënten met VB (mate niet gespecificeerd) en ernstig probleemgedrag, psychische problemen of een aandoening als dementie, epilepsie of een voedingsstoornis. Ontdekkend Kijken bleek te leiden tot een meer open contact, waarbij de cliënt meer initiatief nam. Door Ontdekkend Kijken kregen begeleiders meer empathie voor de cliënt en probeerden ze de wereld meer vanuit zijn perspectief te zien. Het stimuleerde hun bewustwording en had een positief effect op de cultuur van de onderzochte locaties.

7.5. Databank

Heijkoop blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Heijkoop

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Heijkoop, J. (2013). *Vastgelopen anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen* (5e druk). Boom uitgevers.

Heijkoop, J. (2019). Methode Heijkoop. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 88–109). Boom uitgevers.

Heijkoop, J. (2020). *Ontdekkend kijken Basisboek Methode Heijkoop.* Uitgeverij Eburon.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Heijkoop Academy. (z.d.) *Methode Heijkoop*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.heijkoop-academy.nu/methode-heijkoop.

Kennisplein Gehandicaptensector. (16 november 2021). *Methode Heijkoop.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/methode-heijkoop.

Communicatimethoden EMB. (z.d.). *Heijkoop.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.communicatiemethodenemb.nl/methoden/heijkoop.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Thompson, B., Tickle, A. & Dillon, G. (2021). Discovery awareness for staff supporting individuals with intellectual disabilities and challenging behaviour: is it helpful and does it increase self-efficacy? *International Journal of Developmental Disabilities*, *67*(1), 44. https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1599605.

Proefschriften

Webb, J. C. (2017). *The use of discovery awareness in intellectual disability services: examining a European approach to challenging behaviour in a UK setting.* University of Nottingham.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Baker, K. & Heijkoop, J. (2017). Discovery awareness (DA): Addressing the relational perspective of quality of care and support. Congresbijdrage in *11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(S1), 118. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19315864.2017.1368259.

Clegg, J. (2017). Symposium: Equipping Staff to Meet Challenging Behaviour. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. Congresbijdrage in *11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(S1), 161. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19315864.2017.1368259.

De Groef, J. (2017). Using video-analysis to work through counter-transference of professional staff: Looking to images as looking in a mirror. Congresbijdrage in *11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(S1), 73. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19315864.2017.1368259.

Heijkoop, J. (2017). Enabling staff to watch each client's personhood in a meaningful way using discovery awareness (DA). Congresbijdrage in *11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(S1), 72. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19315864.2017.1368259.

Webb, J., Pilnick, A. & Clegg, J. (2017a). Stepping back' and 'Seeing Differently': Staff reflections on patient behaviour and the impact of discovery awareness. Congresbijdrage in *11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(S1), 72. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19315864.2017.1368259.

Webb, J., Pilnick, A. & Clegg, J. (2017b). Engaging With Uncertainty: Interpreting Patient Behaviour in Discovery Awareness Sessions. Congresbijdrage in *11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(S1), 163. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19315864.2017.1368259.

Overige referenties (niet over Heijkoop)

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (red.), The transactional model of development: How children and contexts shape each other (pp. 3–21). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11877-001.

Sameroff, A. & Mackenzie, M. (2003). *Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. Development and psychopathology*, *15*(3), 613-640. https://doi.org/10.1017/S0954579403000312.

5.3.4. LifeWise

Overzicht	
Ontwikkelaars	Niet bekend
Organisaties	Middin en Cordaan
Website	www.lifewiselvb.nl
Jaar van ontwikkeling	2017
Jaar van laatste actualisering	2021: JobWise (Thielman & Bos, 2021)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☒ VB + ernstig probleemgedrag ☒ LVB+ ((jong)volwassenen) ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☒ Geen effectonderzoek *Toelichting:* LifeWise is ontwikkeld door zorginstellingen Middin en Cordaan op basis van beider expertise in de begeleiding van mensen met LVB en ernstige psychosociale problematiek in de context van de grote stad. Met 'grote stad' bedoelen de ontwikkelaars een omgeving met een hoge bevolkingsdichtheid, grote sociale diversiteit, weinig sociale controle en een ingewikkelde infrastructuur (LifeWise, z.d.). Het leven in de grote stad wordt (met een toenemende hoeveelheid prikkels, verleidingen en bedreigingen, digitalisering, een hoger tempo en hogere eisen) steeds complexer, zeker voor mensen met LVB. Mogelijk speelt dit in zekere mate ook in kleinere steden; de ontwikkelaars spreken zich hierover niet uit. LifeWise richt zich op (jong)volwassenen met LVB en ernstige psychosociale problematiek, zoals schulden, agressie, verslaving, criminaliteit, hechtingsproblemen, eenzaamheid, ADHD, psychosegevoeligheid en het ontbreken van een sociaal netwerk (LifeWise, Middin & Cordaan, 2020). Een combinatie van beperkingen, problemen en een complexe omgeving maakt deze doelgroep sociaal kwetsbaar en leidt niet zelden tot ernstig probleemgedrag (Bendien et al., 2017). Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van LifeWise bij de doelgroep.
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen) *Toelichting:* De ontwikkelaars geven aan dat LifeWise kan worden ingezet binnen diverse zorgvormen, zoals wonen, dagbesteding, ambulante begeleiding, specialistische begeleiding, trefpunten en gezinsondersteuning (Bendien et al., 2017). In een onderzoek naar de toepasbaarheid van LifeWise namen begeleiders van zowel woonlocaties als van ambulante teams deel aan focusgroepen (Breed et al., 2018).

Algemene beschrijving

LifeWise is een begeleidingsmethodiek waarmee begeleiders cliënten kunnen ondersteunen bij hun leven in de grote stad. De begeleidingsmethodiek omvat zestien handvatten verdeeld over vier pijlers (Stabiliseren, Ontwikkelen, Verbinden en Inbedden). Per handvat worden acties en interventies omschreven die begeleiders kunnen uitvoeren om de cliënt te ondersteunen bij het stabiliseren van zijn/haar leven en het toewerken naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan.

Belangrijk bij LifeWise is dat de cliënt en begeleider een samenwerkingsrelatie aangaan, waarbinnen de begeleider nabij, betrouwbaar en betrokken is. Ook het scheppen van rust, regelmaat en overzicht is van belang omdat dit voor de cliënt voorwaarden zijn om zich te kunnen ontwikkelen. Voor de ontwikkeling van de cliënt is het verder van belang dat de begeleider de cliënt ondersteunt bij het zich eigen maken van de sociale (omgangs)regels, het ontdekken van zijn/haar mogelijkheden en talenten en het aanleren van vaardigheden die nodig zijn voor een zo zelfstandig mogelijk leven. Psycho-educatie en het informeren van het netwerk van de cliënt over zijn/haar mogelijkheden en beperkingen is hierbij een belangrijk onderdeel.

Een essentieel aspect is ook dat de begeleider de complexe wereld om de cliënt heen vertaalt naar begrijpelijke informatie en adviezen, zowel voor de cliënt zelf als voor zijn/haar netwerk. Daarnaast kijkt de begeleider voortdurend of zijn/haar professionele ondersteuning gaandeweg kan worden vervangen door informele steun. De betrokkenheid en inzet van het sociale netwerk van de cliënt speelt hierbij een grote rol.

Een van de pijlers van LifeWise is Inbedden. Hieronder valt onder meer het begeleiden van de cliënt naar en tijdens werk of een andere betekenisvolle daginvulling. Hiervoor is JobWise beschikbaar, een werkwijze voor jobcoaches, ontwikkeld op basis van onderzoek naar wat nodig is om cliënten met ernstige psychosociale problematiek succesvol te begeleiden naar werk (JobWise, 2023; Thielman & Bos, 2021).

LifeWise voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

De samenleving wordt steeds complexer. Eenvoudige banen verdwijnen, voor veel beroepen wordt een hoger opleidingsniveau gevraagd dan voorheen, mensen moeten steeds sneller beslissen en handelen, veel diensten zijn gedigitaliseerd en de individualisering

en anonimiteit neemt toe, waardoor het sociale vangnet vaak beperkt is. Tegelijkertijd wordt steeds meer verwacht dat mensen zelfredzaam zijn (Bendien et al., 2017). Door deze combinatie van factoren ervaren cliënten met LVB en ernstige psychosociale problematiek moeilijkheden op veel terreinen van hun leven, zoals het voeren van een eigen huishouden en financiële administratie, werk en relaties. Ze veroorzaken regelmatig overlast in de buurt en ook problemen met justitie komen geregeld voor (LifeWise, Middin & Cordaan, 2020). Deze problemen worden onder andere veroorzaakt door een beperkt inzicht en beperkte vaardigheden op verschillende gebieden, overschatting en vatbaarheid voor beïnvloeding.

Hiernaast vallen veel cliënten die eerder voor hun problemen bij de GGZ terecht konden nu onder de gehandicaptenzorg. Hierdoor komen begeleiders complexe problematiek tegen waarmee ze eerder niet of in mindere mate te maken hadden.

Door de zeer uiteenlopende indicaties en complexe vormen van problematiek ervaren begeleiders vaak een tekort aan kennis en houvast. Hierdoor kan handelingsverlegenheid ontstaan en bestaat het risico dat vooral op basis van intuïtie en persoonlijke ervaring wordt gewerkt. LifeWise geeft een gezamenlijk begrippenkader en biedt begeleiders handvatten om cliënten beter te kunnen ondersteunen bij hun hulpvragen en leven in de grote stad.

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van LifeWise:

- Optimale participatie en eigen regie van de cliënt.
- Uitgaan van de mogelijkheden en aansluiten bij het sociaal-emotioneel niveau van de cliënt.
- Vertrouwen opbouwen en stress reduceren.
- Een goede balans tussen draaglast en draagkracht creëren.
- Betrekken van en bouwen aan een steunend sociaal netwerk.

Hierbij zijn vakkennis, authenticiteit, integriteit, reflectie op het eigen handelen, teamwerk en kritische feedback tussen teamleden van verschillende disciplines belangrijk (Bendien et al., 2017).

3. Doel

Het doel van LifeWise is tweeledig:

1) Het eerste doel is het leven van de cliënt te stabiliseren en hem/haar te begeleiden naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan. Hiertoe ondersteunt de begeleider de cliënt bij het reduceren van stress en het creëren van een goede balans tussen draaglast en draagkracht. De basis voor zelfstandigheid bestaat uit: werk, maatschappelijke participatie en verantwoordelijkheid voor zichzelf en richting anderen. Bouwen aan een steunend sociaal netwerk is hierbij belangrijk.
2) Het tweede doel is het verminderen van handelingsverlegenheid bij begeleiders.

4. Systematische werkwijze

De begeleidingsmethodiek omvat vier pijlers (ondersteuningsthema's) met elk vier handvatten. Per handvat wordt aangegeven hoe het kan worden ingezet en wat de voorwaarden zijn op het gebied van opleiding, kennis, tijd en faciliteiten. Welke handvatten wanneer worden ingezet, wordt multidisciplinair bepaald op basis van de aard van de problematiek van de cliënt. Er is geen scheiding tussen of vaste volgorde van de pijlers en handvatten. De pijlers en handvatten bieden begeleiders houvast om zorg op maat te bieden. Zo nodig kunnen ze worden aangevuld of aangepast om beter aan te sluiten bij de cliënt. De vier pijlers met bijbehorende handvatten:

Verbinden:
- Er zijn voor de cliënt.
- Niet loslaten.
- Aansluiten bij de cliënt.
- Samenwerkingsrelatie opbouwen.

Stabiliseren:
- Rust en overzicht creëren.
- Zorgen voor betekenisvolle daginvulling.
- Streven naar succeservaringen voor de cliënt.
- De cliënt helpen zichzelf te leren kennen en accepteren.

Ontwikkelen:
- De cliënt het verband leren tussen keuzes, gedrag en gevolgen.
- Het begeleidingsproces gebruiken als oefenruimte.
- Werken aan positieve zelfwaardering bij de cliënt.
- De cliënt geldende waarden en normen leren.

Inbedden:

- De cliënt ondersteunen bij een zo zelfstandig mogelijk leven.
- De cliënt ondersteunen in de communicatie met de buitenwereld.
- Werken aan een haalbaar toekomstperspectief.
- Samen bouwen aan een steunend sociaal netwerk.

Begeleiders kunnen bij de ondersteuning van de cliënt gebruikmaken van de LifeWise-webapp. Hierin zijn verschillende hulpmiddelen opgenomen, zoals checklists, achtergrondinformatie en stappenplannen.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting:* In de bronnen wordt niet duidelijk of bij LifeWise een PDCA-cyclus met doelen, vaste evaluatiemomenten en eventuele bijstelling wordt gehanteerd. De ontwikkelaars geven aan dat LifeWise een methodisch kader is en geen stappenplan dat via een vaste route wordt doorlopen. De methodiek wordt ingezet als kompas dat helpt bij afwegingen en het bepalen van de juiste richting (LifeWise, Middin & Cordaan, 2020).

5. Doorlopende manier van handelen

LifeWise is een doorlopend proces. De begeleider blijft bij de cliënt betrokken en neemt regelmatig contact op, ook wanneer de cliënt een meer zelfstandig leven leidt. Hoe vaak er contact is, hangt af van de situatie en behoeften van de cliënt.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☐ Betaald ☒ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* In openbare bronnen wordt niet aangegeven of aan het gebruik van de methodiek kosten zijn verbonden. Geïnteresseerde zorginstellingen dienen zich aan te melden bij ontwikkelaars Middin en Cordaan via de website (www.lifewiselvb.nl/lifewise-in-uw-organisatie-inzetten) of per mail. Na een intakegesprek wordt bepaald of de zorginstelling in aanmerking komt voor implementatie van LifeWise en een gebruikersovereenkomst krijgt. De zorginstelling wordt dan lid van de LifeWise-community, die zorg draagt voor de kwaliteitsbewaking, doorontwikkeling van de methodiek en het delen van kennis.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Er is een brochure (LifeWise, Middin & Cordaan, 2020) over LifeWise beschikbaar.

Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er is geen openbaar toegankelijk implementatieplan, maar de randvoorwaarden voor een goede implementatie zijn beschreven in het rapport van Bendien et al. (2017). Na het aangaan van de gebruikersovereenkomst zijn er een consultatietraject voor de implementatie van LifeWise, een leertraject voor zorgprofessionals en een webapp met diverse hulpmiddelen voor begeleiders beschikbaar. Belangrijkste organisatorische randvoorwaarden voor implementatie zijn onder meer: • Stabiliteit van personeel (weinig verloop) • Gestructureerde deskundigheidsbevordering van personeel • Structurele betrokkenheid van gedragskundigen, verslavings- en andere specialisten • Groepswoningen en individuele huisvesting die aan de behoeften van de doelgroep zijn aangepast
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor LifeWise, waarna de resultaten in de tekst verder worden toegelicht.

Naar LifeWise zijn verschillende onderzoeken gedaan. Ze omvatten ofwel een combinatie van theoretische onderbouwing en ontwikkeling van de methodiek, ofwel een combinatie van theoretische onderbouwing en toepassing in en aansluiting bij de dagelijkse praktijk. Deze elementen zijn in de volgende paragrafen apart weergegeven.

Predicaat begeleidingsmethodiek: LifeWise

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: LifeWise is opgehangen aan het werk van Lewis Ewijk (2015), Baart (2001, 2003), Donkers (2016) en Van der Laan (2003).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling is vooral gebaseerd op ervaringen van Middin en Cordaan en wordt uitgebreid beschreven in vier publicaties (Bendien et al., 2017, 2018; Peels et al., 2017; Breed et al., 2018).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
☐ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar
☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Matig
☐ Sterk

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwantitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van LifeWise.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
☐ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar
☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Matig
☐ Sterk

Toelichting: In het onderzoek van Breed et al. (2018) is onderzocht in hoeverre LifeWise volgens medewerkers handen en voeten geeft aan de thema's die in de dagelijkse praktijk en ondersteuning belangrijk worden gevonden door cliënten en medewerkers. Het is echter geen gerichte effectstudie en geeft geen specifieke aanwijzingen voor de werkzaamheid van de begeleidingsmethodiek.

7.1. Theoretische onderbouwing

In de publicaties van Bendien et al. (2017, 2018) wordt de theoretische onderbouwing van LifeWise beschreven aan de hand van de begrippen 'sociale kwetsbaarheid', 'inclusie' en 'normatieve professionalisering'. Sociale kwetsbaarheid is mede een gevolg van de maatschappelijke versnelling die mensen met LVB niet altijd kunnen bijbenen. Inclusie gaat over verbondenheid met anderen: een heterogene maatschappij waarin verschillen tussen mensen mogen bestaan zonder dat dit voor- of nadelen voor iemand oplevert. Normatieve professionalisering wordt in het artikel van Bendien et al. (2018) omschreven als "een verbindende sociaal-maatschappelijke, praktijk- en wetenschapsgerichte beweging die een stem geeft aan de professional die reflectief en kritisch te werk gaat, openstaat voor complexiteit en veranderingen en zich bewust is van de integriteit van het eigen handelen." In de artikelen van Peels et al. (2017) en Willemsen (2017) wordt hieraan gerefereerd.

Breed et al. (2018) geven aan dat de theoretische onderbouwing is gebaseerd op werk van Baart (2003, 2006), Donkers (2016), Van der Laan (2003) en Van Ewijk (2015). Van Ewijk gaat in op sociale kwetsbaarheid en is kritisch ten aanzien van het diagnostisch en protocollair handelen van de hulpverlening, dat zich vooral richt op genezing en herstel. In plaats daarvan pleit hij voor activering en inbedding. De uitgangspunten van de presentietheorie zoals Baart die geeft, sluiten daarbij aan. Donkers gaat in op de verstrengeling van presentie en interventie. Van der Laan geeft een schema dat de verhoudingen tussen presentie en interventie weergeeft.

7.2. Ontwikkeling

De ontwikkeling van LifeWise is beschreven in een rapport en artikel van Bendien et al. (2017, 2018). In de artikelen van Peels et al. (2017) en Willemsen (2017) wordt hieraan gerefereerd. In de eerste fase van het onderzoek (exploratie) werd het methodisch kader van handelen met vier pijlers en zestien handvatten opgesteld (Bendien et al., 2017, 2018). De input hiervoor betrof vooral de visie op en ervaring met het ondersteuningsaanbod, afkomstig uit semigestructureerde interviews met vier cliënten, dertien begeleiders, vier behandelaren, vijf managers en twee verwijzers, uit vier focusgroepen (twee met geïnterviewden en twee met niet-geïnterviewden) en uit bijeenkomsten met een expertgroep van Middin en Cordaan. In de artikelen van Peels et al. (2017), Willemsen (2017) en het rapport van Breed et al. (2018) wordt hieraan gerefereerd. In de tweede fase (meting, zie 7.4) is onderzocht hoe de werkwijze van LifeWise in de dagelijkse praktijk werd ingezet en hoe dit werd ervaren (Breed et al., 2018).

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

Er is geen kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van LifeWise gevonden.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Breed et al. (2018) onderzochten middels gevalsstudies, observaties, informele gesprekken en interviews welke thema's cliënten en medewerkers in de dagelijkse praktijk en ondersteuning belangrijk vinden. Het betrof zes cliënten en de medewerkers die bij hun ondersteuning waren betrokken. Middels twee focusgroepen met begeleiders, gedragskundigen en teammanagers werd vervolgens onderzocht in hoeverre met LifeWise handen en voeten kon worden gegeven aan deze thema's. Hierin kwam naar voren dat de begeleidingsmethodiek medewerkers helpt bij afwegingen over wat 'goed is om te doen' voor de cliënt in een bepaalde situatie en op een bepaald moment. Daarnaast werd het gezamenlijke begrippenkader als positief ervaren; het maakt de communicatie tussen de medewerker en cliënt en met zijn netwerk (inclusief andere hulpverleners) makkelijker. Naast de toepasbaarheid van LifeWise voor medewerkers, is de werkzaamheid van de methodiek ten aanzien van cliënten niet onderzocht.

Tot slot is in 2021 een onderzoek gestart naar de effectiviteit van LifeWise in de praktijk met steun van het Zorgondersteuningsfonds. De stand van zaken is onbekend.

7.5. Databank

LifeWise blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over LifeWise

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Bendien, E., Bos, G. & Abma, T. (2018). Traag werken in de snelle wereld: Bottom-up ontworpen methodisch kader voor de ondersteuning van mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *44*(4), 247–269.

Willemsen, H. (2017). LifeWise. Een methodisch kader voor de ondersteuning van (jong) volwassenen met een LVB en bijkomende problematiek in de grote stad. *LVB Onderzoek & Praktijk*, *15*(2).

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Peels, H., Willemsen, H., Jansen, N., Verachtert, M., Bendien, E., Bos, G. & Dijs, D. (2017). De ontwikkeling van een methodisch kader voor grootstedelijke ondersteuning van (jong)volwassenen met LVB. In: Didden, R., Moonen, X., Douma, J. (red.). *Congresboek: Met het oog op behandeling congres 4, Diagnostiek en behandeling van gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 111-116). Landelijk Kenniscentrum LVB.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Bendien, E., Bos, G. F. & Abma, T. A. (2017). *Project "LifeWise". Onderzoeksverslag methodisch kader. Werkwijze voor ondersteuning mensen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende ernstige psychosociale problematiek*. VUmc. Beschikbaar: www.lifewiselvb.nl/over-het-project-lifewise.

Breed, M., Woelders, S. & Abma, T. (2018). *LifeWise fase 2. Onderzoek naar de werkwijze voor ondersteuning van mensen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende ernstige psychosociale problematiek vanuit verschillende perspectieven*. Middin, Cordaan & Amsterdam UMC. Beschikbaar: www.lifewiselvb.nl/over-het-project-lifewise.

Middin & Cordaan (2018). *Methodisch kader Lifewise. Ondersteuning van mensen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende problematiek*. Beschikbaar: www.lifewiselvb.nl/wp-content/uploads/2019/02/Onderzoeksverslag-LifeWise-fase-1-versie-26-april-2017.pdf.

Thielman, L. & Bos, G. (2021). *Onderzoeksverslag JobWise. Beschrijving van werkwijze voor ondersteuning van mensen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende ernstige psychosociale problematiek naar (betaald) werk*. Cordaan, Middin & Leyden Academy on vitality and ageing. Beschikbaar: www.lifewiselvb.nl/over-het-project-lifewise.

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

LifeWise, Middin & Cordaan (2020). *LifeWise. Een methodisch kader voor de begeleiding van cliënten met een LVB en bijkomende complexe problematiek.* Beschikbaar: www.lifewiselvb.nl/wp-content/uploads/2020/06/Methodisch-kader-binnenwerk-2503208-DEF-1.pdf

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

LifeWise (z.d.). *Over het project LifeWise.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.lifewiselvb.nl/over-het-project-lifewise.

JobWise. (z.d.). *Onderzoek JobWise – vervolg op LifeWise.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.lifewiselvb.nl/jobwise.

Kennisplein Gehandicaptensector. (27 oktober 2021). *LifeWise biedt de houvast voor begeleiders.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/lifewise.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over LifeWise)

Baart, A. (2003). Een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale Interventie*, *12*(2).

Baart, A. (2006). *Een theorie van de presentie* (3e druk). Uitgeverij Lemma.

Donkers, G. (2016). *Presentietheorie, een kritische beschouwing. Op zoek naar een constructieve verhouding tussen presentie en zelfregulering*.

Van Ewijk, H. (2015). *Omgaan met sociale complexiteit. Professionals in het sociale domein*. Uitgeverij SWP.

Van der Laan, G. (2003). Presentie als ingebedde interventie. *Sociale Interventie*, *12*(2), 68–75.

5.3.5. Triple-C

Overzicht	
Ontwikkelaars	Hans van Wouwe, gezondheidszorgpsycholoog en hoofd behandeling Dick van de Weerd, programmaleider Triple-C
Organisatie	ASVZ
Website	www.triplecwerkplaats.nl
Jaar van ontwikkeling	Jaren 90
Jaar van laatste actualisering	2021: naslagwerk (Van Wouwe & Van de Weerd, 2021)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☒ VB + ernstig probleemgedrag ☒ LVB+ ☒ EVB+ Ook: MVB+, maar deze doelgroep kent geen landelijke definitie. ☐ VB + ernstige visuele beperking *Toelichting:* In de jaren 90 ging men bij ASVZ jongvolwassenen met MVB en een autismespectrumstoornis begeleiden en behandelen volgens een eerste versie van Triple-C, maar zonder dat het zo werd genoemd (Van Wouwe, 2019). Dit vond plaats binnen de Very Intensive Care workhomes. Wonen en werken werden hier integraal aangeboden, met als uitgangspunten menswaardigheid, respect en 'herstel van het gewone leven'. Vanaf 2001 wordt Triple-C ook toegepast bij jongeren en jongvolwassenen met LVB+. De ontwikkelaars geven aan dat de methodiek kan worden ingezet bij alle cliënten met VB en psychische en/of gedragsproblematiek (Van Wouwe, 2019). De werkzaamheid van Triple-C is onderzocht bij cliënten met een lichte tot ernstige VB en bijkomende psychische en/of gedragsproblematiek (Brouwer, 2013; Meijers-Nijdam et al., 2015; Simons, 2008; Van Wouwe et al., 2013). De problematiek is niet altijd gespecificeerd.
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)

Algemene beschrijving

Bij Triple-C gaat het om menswaardigheid en de vervulling van de menselijke behoeften. De begeleidingsmethodiek richt zich niet direct op het verminderen van probleemgedrag, maar op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de cliënt. De drie C's staan voor:

1) Kennismaken en opbouwen van de gehechtheidsrelatie (veiligheid).
2) Creëren van een betrouwbare omgeving voor de cliënt (betrouwbaarheid).
3) Relationele autonomie ((zelf)vertrouwen ontwikkelen).

Door gezamenlijk dagelijkse taken en activiteiten uit te voeren, bouwen de cliënt en begeleider een vertrouwensrelatie op en worden de competenties van de cliënt versterkt.

Bij Triple-C gaat het erom dat de cliënt het gewone leven ervaart. Dit betekent dat de cliënt zich veilig en verbonden voelt, fijn woont en mensen om zich heen heeft die niet bang voor hem/haar zijn, die betrouwbaar zijn en die hem/haar vertrouwen geven. Het betekent ook dat de cliënt net als ieder mens 's morgens opstaat, zich aankleedt, op gezette tijden eet en een betekenisvol ingevulde dag heeft (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015).

Triple-C voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Binnen Triple-C staan de menselijke behoeften centraal: de focus ligt niet op het probleemgedrag van de cliënt, maar op wat hij/zij nodig heeft. In deze begeleidingsmethodiek wordt ervan uitgegaan dat het gedrag van de cliënt sterk wordt bepaald door de omstandigheden waarin hij/zij leeft. Daarom richt Triple-C zich op verschillende elementen in de omgeving die een rol spelen bij de (fysieke, mentale, emotionele en zingevende) menselijke behoeften (Barrett, 2009; Maslow, 1943). Wanneer deze behoeften worden vervuld, bevordert dit de kwaliteit van leven, aldus de ontwikkelaars. Het gewone leven is hierbij het perspectief.

2. Uitgangspunten

Het fundament van Triple-C bestaat uit de menselijke behoeften. Hieruit komen drie uitgangspunten voort:

1) Probleemgedrag zien als resultaat van onvervulde menselijke behoeften.
2) Een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie is van belang.
3) Een betekenisvolle invulling van het dagelijks leven is van belang.

3. Doel

De hierboven genoemde uitgangspunten worden vertaald in de volgende doelen:

1) Relatie opbouwen
2) Competenties opbouwen
3) Ineffectieve actie-reactiepatronen doorbreken

Belangrijk hierbij is dat de cliënt het gewone leven ervaart, met alles wat daarbij hoort: een plek waar de cliënt zich veilig en thuis voelt, mensen om zich heen op wie hij/zij kan bouwen en een dagelijks bestaan dat betekenisvol is ingevuld. Het vervullen van iemands fundamentele behoeften heeft indirect tot gevolg dat probleemgedrag vermindert, aldus de ontwikkelaars. Probleemgedrag verminderen wordt niet gezien als het algehele doel van Triple-C. Het belangrijkste doel is het verbeteren van de kwaliteit van leven en de geestelijke gezondheid van de cliënt.

4. Systematische manier van handelen

Triple-C is geen methodiek die in blauwdrukken of protocollen is vastgelegd. Iedere cliënt wordt als uniek beschouwd, met zijn/haar eigen voorgeschiedenis en ondersteuningsbehoefte waarop de begeleiding moet worden afgestemd. Binnen Triple-C wordt daarom geen tijdspad aangehouden en er wordt niet in concrete stappen aangegeven wie wat wanneer moet doen. Er wordt systematisch gewerkt op basis van het Triple-C-behandelhuis. Dit bestaat uit een fundament (de menselijke behoeften) waarop drie pijlers rusten, met daarbovenop doelen en een uiteindelijk perspectief.

Pijler 1: Onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie

Bij pijler 1 worden drie fasen onderscheiden:

1) Kennismaken en opbouwen van de gehechtheidsrelatie (veiligheid).
2) Creëren van een betrouwbare omgeving voor de cliënt (betrouwbaarheid).
3) Relationele autonomie ((zelf)vertrouwen ontwikkelen).

Pijler 2: Competentieopbouw

De begeleider en cliënt richten zich samen op een betekenisvolle daginvulling. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de zogeheten competentiegebieden. De cliënt krijgt activiteiten aangeboden binnen de competentiegebieden zelfzorg, wonen, vrije tijd en werk en/of scholing met als doel het opbouwen van zelfvertrouwen en herstellen van dagelijkse ritmes en patronen, wat leidt tot herkenbaarheid, voorspelbaarheid en vertrouwen.

Pijler 3: Anders kijken naar probleemgedrag

Probleemgedrag wordt binnen Triple-C gezien als het 'topje van de ijsberg'. Beperkingen, stoornissen en trauma's belemmeren de vervulling van de menselijke behoeften, waardoor probleemgedrag kan ontstaan. Dit probleemgedrag is zichtbaar aan de opper-

vlakte; de belemmeringen (bij de cliënt zelf of in zijn/haar omgeving) en onvervulde behoeften liggen daaronder.

Werkwijze

De kern van Triple-C is het aangaan van de dialoog met de cliënt. Dit kan zowel verbaal als non-verbaal. Verbinding maken en een gehechtheidsrelatie opbouwen is van cruciaal belang binnen de methodiek. Dit gebeurt door een voortdurend uitnodigende begeleidingsstijl, waarbij de begeleider richting geeft zonder beheersmatig te worden en waar mogelijk ruimte geeft zonder los te laten. Bij deze uitnodigende begeleidingsstijl gaat het om het bieden van kansen en uitdagingen (vertrouwen), geven van taken en verantwoordelijkheden (succeservaringen) en ruimte geven aan initiatieven van de cliënt (eigen inbreng en invloed).

Er zijn diverse hulpmiddelen om Triple-C binnen een zorginstelling vorm te geven. Volgens de ontwikkelaars is het belangrijk de methodiek volledig te implementeren en het gedachtegoed te borgen; 'een beetje Triple-C werkt niet' en zal geen of onvoldoende effect hebben (Van de Weerd, 2021). Voor begeleiders zijn onder andere de volgende hulpmiddelen beschikbaar:

- Triple-C-behandelhuis: visueel overzicht in de vorm van een huis waarin fundament, pijlers, doelen en perspectief zijn weergegeven.
- Triple-C-behoeftencirkel: cirkel waarin de menselijke behoeften in kleuren worden weergegeven en uitgewerkt – fysiek (rood), emotioneel (oranje), mentaal (blauw) en zingevend (groen).
- Triple-C-begeleidingspiramide: de cliënt en begeleider werken samen aan competenties binnen de vier competentiegebieden, weergegeven in een driedimensionale versie van de Triple-C-driehoek.
- De Triple-C-waardencirkel: hulpmiddel voor begeleiders om te peilen of ze met de cliënt op de goede weg zijn.
- De Triple-C-gehechtheidscirkel: cirkel die visueel weergeeft hoe de client in de verschillende behandelfasen van stress naar zelfvertrouwen gaat.
- De RUR-begeleidingsstijlen: overzicht met voorbeelden van Richting geven, Uitnodigen en Ruimte geven binnen de vier competentiegebieden.
- Format voor Triple-C-dagprogramma: overzicht waarin de activiteiten per competentiegebied met de bijpassende RUR-begeleidingsstijl kunnen worden genoteerd.

Ook voor de implementatie en borging van Triple-C zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar (zie verderop).

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting:* In Triple-C wordt methodisch gewerkt. Er is echter geen vaste vorm aan gegeven in de openbare bronnen. De methodiek kan worden aangesloten op de werkwijzen rondom evaluatiemomenten die binnen zorginstellingen gelden. Er is sprake van uitgebreide beeldvorming aan de hand van de Triple C-waarden, de menselijke behoeften en 'de ijsberg', dat wil zeggen het signaal van onvervulde behoeften. Op basis van de uitkomsten worden doelen (hoofddoelen en werkdoelen) geformuleerd waarmee een betekenisvolle invulling aan het dagelijks leven wordt gegeven op het gebied van zelfzorg, wonen, werken en vrije tijd (= plan). De begeleidingsstijl (richting geven, uitnodigen of ruimte geven) wordt vastgesteld evenals de fase van de behandeling van de cliënt (van betrouwbaarheid ervaren naar vertrouwen opbouwen tot zelfvertrouwen ontwikkelen). Begeleiders reflecteren op gedrag van de cliënt in relatie tot hun eigen gedrag. Doelen worden geëvalueerd (= check) en bijgesteld (= act), evenals de fasering van de begeleidingsstijl/ behandeling. Elke fase kan een andere tijdsduur hebben, afhankelijk van het verloop van het gehechtheidsproces van de cliënt. Er wordt binnen de verschillende competentiegebieden aan doelen gewerkt (= do), waarvoor een rapportage-format beschikbaar is aan de hand waarvan kan worden geëvalueerd. Er is niet vastgelegd op welke momenten of hoe vaak wordt geëvalueerd. Reflectie is een belangrijk onderdeel van Triple-C, evenals de driehoeksoverleggen (driehoek cliënt, verwanten en begeleiders/behandelaren, driehoek begeleidingsteam, behandelaar en leidinggevende, en driehoek behandelaar, leidinggevende en manager). Wanneer deze plaats plaatsvinden is niet aangegeven.

5. Doorlopende manier van handelen

Werken met Triple-C is een doorlopend proces, waarbij de focus altijd ligt op het vervullen van de menselijke behoeften. Laat de cliënt probleemgedrag zien? Dan gaan de ontwikkelaars ervan uit dat er anders moet worden gekeken, gedacht en gehandeld. Steeds opnieuw moet aandacht worden besteed aan de 'laag onder de ijsberg' (de onderliggende oorzaken van het probleemgedrag) en worden aangesloten bij de behoeften van de cliënt.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* De naslagwerken zijn tegen betaling verkrijgbaar. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Locaties van zorginstellingen zijn alleen bevoegd om met Triple-C te werken als zij via de Triple-C-werkplaats het basispakket van Bouwsteen 1 voor de invoering van de methodiek hebben doorlopen (ASVZ Triple-C Werkplaats, 2021). De gecertificeerde Triple-C-systeemtraining is hier onderdeel van. De bevoegdheid en certificering gelden 24 maanden.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Er zijn drie naslagwerken over Triple-C. Het eerste beschrijft vooral het gedachtegoed van de methodiek (Van Wouwe & Van de Weerd, 2011), het tweede de doorontwikkeling in theorie en praktijk (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015) en het derde de implementatie en borging (Van Wouwe & Van de Weerd, 2021). Deze naslagwerken bevatten zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Triple-C.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Er is geen stapsgewijs implementatieplan voor Triple-C gevonden. Het derde boek van de ontwikkelaars geeft wel handvatten voor de implementatie en beschrijft de inhoudelijke en organisatorische randvoorwaarden voor invoering van de methodiek (Van Wouwe & Van de Weerd, 2021). De volgende hulpmiddelen voor implementatie en borging zijn beschikbaar: • Triple-C-logic model: overzicht van noodzakelijke elementen voor goede implementatie (Tournier, 2021). • Triple-C-organisatiehuis: visueel overzicht in de vorm van een huis met daarin de organisatorische randvoorwaarden om Triple-C betekenisvol en verbindend te kunnen organiseren. • RUR-leiderschapsstijlen: visualisatie van coachend leiderschap binnen Triple-C, van Richting geven naar Uitnodigen naar Ruimte geven (van voordoen aan begeleiders naar de uiteindelijke situatie waarin begeleiders het zelf doen). • Screeningslijst waarmee kan worden bepaald ‘hoe Triple-C de organisatie is’ en op welke vlakken verbetering nodig is. Beschikbaar: www.triplecwerkplaats.nl/wp-content/uploads/2021/12/PDF-Praktijkproduct-Triple-C.pdf • Triple-C-index: instrument om de mate waarin de Triple-C is geïmplementeerd te meten (Simons, 2008; Van Wouwe et al., 2011).
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen

	Toelichting: Vanuit de Triple-C-werkplaats zijn verschillende Bouwstenen beschikbaar voor de invoering en borging van de methodiek. Bouwsteen 1 is verplicht en omvat zowel scholing als begeleiding bij de implementatie. De andere Bouwstenen omvatten onder meer ondersteunende gesprekken, scholing en certificering van medewerkers, korte detachering van gecertificeerde Triple-C-begeleiders, (her)certificering van eigen Triple-C-trainers (train-de-trainer), deelname aan de Community of Practice en mogelijkheden voor het vasthouden en versterken van Triple-C.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* De kosten van de verschillende Bouwstenen zijn onbekend.
Certificering	☒ Ja, eenmalig (24 maanden) ☐ Ja, inclusief hercertificering ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Triple-C. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Triple-C richt zich op verschillende elementen in de omgeving die een rol spelen bij de (fysieke, mentale, emotionele en zingevende) menselijke behoeften (Barrett, 2006; Maslow, 1943). Problematisch gedrag van een cliënt wordt gezien als het topje van de ijsberg: een resultaat van onvervulde behoeften van de cliënt. De 'hele' ijsberg is een optelsom van onderliggende problematiek en belemmeringen in de persoon zelf, maar ook in zijn omgeving. De ijsberg zal pas slinken in een klimaat waarin de menselijke behoeften centraal staan en waarin cliënten op basis van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie taken, verantwoordelijkheden en kansen krijgen. Op deze manier ontwikkelen cliënten zelfvertrouwen en groeien de competenties van de cliënt. Een menswaardige benadering is de kern van Triple C. Het eerste naslagwerk beschrijft vooral het gedachtegoed van de methodiek (Van Wouwe & Van de Weerd, 2011).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Triple-C

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Menselijk gedrag wordt bepaald door de omstandigheden waarin iemand leeft. Triple-C is gericht op 'herstel van het gewone leven', door te voorzien in de meest fundamentele levensbehoeften (Maslow, 1943; Barrett, 2006).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: In het proefschrift van Tournier (2021) zijn de visie en methode uitgebreid beschreven in het Triple-C-logic model. Ontwikkeling van de Triple-C-index is beschreven in een wetenschappelijk artikel (Van Wouwe et al., 2011) en een scriptie (Simons, 2008).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig

☑ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☑ Sterk

Toelichting: Meijers-Nijdam et al. (2015): geen verandering in vaardigheden van cliënten, significante toename in gehechtheidsgedrag, dalende (niet-significante) trend in gedragsproblemen. Van Wouwe et al. (2023): samenhang tussen adequatere implementatie van Triple-C en significante toename van vaardigheden en significante afname van probleemgedrag van cliënten. Simons (2008): correlatie hogere Triple-C-index-score met meer vaardigheden en minder vrijheidsbeperkende maatregelen, geen correlatie tussen de Triple-C-index-score en probleemgedrag en psychofarmacagebruik. Brouwer (2013): wisselende resultaten.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig

☐ Controleerbaar
☐ Niet controleerbaar

☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid

☐ Matig
☐ Sterk

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Triple-C.

7.2. Ontwikkeling

Er zijn drie boeken over Triple-C verschenen. In het eerste boek, gepubliceerd in 2011, staat het gedachtegoed centraal (Van Wouwe & Van de Weerd, 2011). Het tweede boek beschrijft de doorontwikkeling in theorie en praktijk (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015). Het derde boek betreft een uitgebreide herziening van en een aanvulling op de eerste twee boeken. Naast de theoretische en praktische vertaling naar begeleiding van cliënten, is dit boek tevens gericht op de implementatie en borging, kortom de organisatorische randvoorwaarden (Van Wouwe & Van de Weerd, 2021). Alle naslagwerken bevatten zowel een theoretische beschrijving als praktische informatie over Triple-C. Daarnaast zijn er in de loop der jaren diverse ondersteunende handvatten (hulpmiddelen) ontwikkeld om Triple-C vorm te geven in de praktijk, zoals de Triple-C-systemetrie, -teamreflector, -competentiekaarten en -reflectiekaarten.

Het proefschrift van Tournier (Tournier, 2021) is een eerste theoretische onderbouwing van Triple-C. In dit promotieonderzoek is het Triple-C-logic model ontwikkeld, dat laat zien wat de methodiek inhoudt en welke aspecten in balans moeten zijn voor een goede begeleiding van de cliënt. Ook is in het model beschreven welke rollen en taken verschillende betrokkenen binnen een zorginstelling hebben, wat nodig is om de methodiek uit te voeren en wat de te verwachten uitkomst is.

In het artikel van Van Wouwe et al. (2011) is de ontwikkeling beschreven van de Triple-C-index, een instrument om de mate waarin Triple-C is geïmplementeerd te meten. Ook is de Index onderzocht bij 36 cliënten met LVB en een indicatie voor zorgzwaartepakket 7 (probleemgedrag niet gespecificeerd). De interne consistentie van de totale Triple-C-index bleek hoog ($\alpha = 0.91$; $p < 0.001$). De masterscriptie van Simons (2008) beschrijft een onderzoek naar de validiteit van de Index bij twintig cliënten met LVB+. Ook hierbij bleek de interne consistentie hoog ($\alpha = 0.98$; $p < 0.001$).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid

In een longitudinaal onderzoek bij 42 cliënten met lichte tot ernstige VB en psychische en/of gedragsproblematiek (problematiek niet gespecificeerd) is met de Triple-C-index onderzocht in hoeverre Triple-C adequaat werd toegepast (Meijers-Nijdam et al., 2015). Verder zijn mogelijke effecten op de mate van gedragsproblematiek, vaardigheden en gehechtheidsgedrag onderzocht. Triple-C werd steeds beter toegepast. De vaardigheden van cliënten waren niet veranderd. Gehechtheidsgedrag nam significant toe tussen een voormeting en zes maanden na het afronden van de Triple-C-scholingen. Verder werd een (niet-significante) dalende trend gezien bij gedragsproblemen.

In een ander longitudinaal onderzoek is de implementatie en werkzaamheid van Triple-C onderzocht bij 47 cliënten met VB (11 IQ < 50, 28 IQ 50-85 en 8 IQ > 85) en ernstig probleemgedrag die naar een nieuwe woning verhuisden (Van Wouwe et al., 2013). Een adequatere implementatie van Triple-C ging samen met een significante toename van vaardigheden, significante afname van gedragsproblemen en verminderde inzet van middelen en maatregelen (afzondering, separatie, fixatie, gedwongen voeding of medicatie). Er werden geen significante correlaties gevonden tussen de implementatie van Triple-C en het gebruik van psychofarmaca. In een nadere data-analyse naar aanleiding van de vraag welke cliënten (leeftijd, niveau van functioneren, geslacht) zich het meest hadden ontwikkeld, bleek er weinig verschil tussen mannen en vrouwen en tussen cliënten van verschillende leeftijden. Wel bleek verbetering van vaardigheden significant vaker voor te komen bij cliënten met een hoger niveau van functioneren (Pearson-correlatie tussen niveau van functioneren enerzijds en verbeteringen in communicatieve vaardigheden $r = 0.29$, in dagelijkse vaardigheden $r = 0.47$ en in sociale vaardigheden $r = 0.36$ anderzijds). Een afname van probleemgedrag kwam (niet significant) vaker voor bij cliënten met een lager niveau van functioneren ($r = -0.22$; $p < 0.13$).

Verder beschrijven twee scripties een kwantitatief onderzoek naar Triple-C. De eerste scriptie betreft de validiteit van de Triple-C-index, met als secundaire uitkomstmaat het effect van Triple-C op probleemgedrag bij cliënten met LVB+ (Simons, 2008). Een hogere Triple-C-index-score (dat wil zeggen betere implementatie) was gecorreleerd aan meer vaardigheden en minder vrijheidsbeperkende maatregelen. Er werd geen correlatie gevonden tussen de score op de Triple-C-index en probleemgedrag en psychofarmacagebruik.

De tweede scriptie beschrijft een onderzoek naar de werkzaamheid van Triple-C op drie punten (Brouwer, 2013). Eerst is de soort en frequentie van probleemgedrag onderzocht bij negen cliënten met LVB+ door middel van een vragenlijst. Significante afname werd alleen gevonden voor intrapsychische problematiek, niet voor andere vormen van problematiek. Ten tweede werd de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij 22 cliënten onderzocht. Alle vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen werden minder vaak toegepast, op fixatie na. Ten derde werd de visie van begeleiders met en zonder Triple-C-scholing ten aanzien van agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen onderzocht met behulp van een vragenlijst. Er bleek geen significant verschil in visie.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Triple-C gevonden.

7.5. Databank

Triple-C blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Triple-C

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Meijers-Nijdam, M., Van der Kooij, T. & Janssen, C. (2015). Het effect van Triple-C bij cliënten met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *41*(2), 89–99.

Van Wouwe, H., Simons, L. & Jansen, C. G. C. (2013). Implementatie van Triple-C: veranderingen in vaardigheden en probleemgedrag. Een longitudinale studie bij cliënten met ernstig probleemgedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *39*(1), 31–43.

Van Wouwe, H., Simons, L. & Janssen, C. G. C. (2011). Een index voor de mate waarin de Triple-C-methodiek is geïmplementeerd. Interne consistentie en exploratieve factoranalyse. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *37*(2), 88–100.

Tournier, T., Hendriks, A. H. C., Jahoda, A., Hastings, R. P. & Embregts, P. J. C. M. (2020). Developing a logic model for the Triple-C intervention: A practicederived intervention to support people with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 17*(4), 297-307. https://doi.org/10.1111/jppi.12333.

Proefschriften

Tournier, T. (2021). *Understanding Triple-C and the importance of relationships in the lives of people with intellectual disabilities who present challenging behaviour*. Tilburg Universiteit.

Boeken

Van Wouwe, H. (2019). Triple-C. In J. de Bruijn & B. Twint (red.), *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden* (2e druk, pp. 399–410). Boom uitgevers.

Van Wouwe, H. & Van de Weerd, D. (2011). *Triple-C. Gewoon is anders*. ASVZ.

Van Wouwe, H. & Van de Weerd, D. (2015). *Het gewone leven ervaren. Triple-C in theorie en praktijk*. ASVZ.

Van Wouwe, H. & Van de Weerd, D. (2021). *Triple-C, tot hier en verder*. ASVZ.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Van de Weerd, D. (2021). *Een beetje Triple-C werkt niet. Hoe voer je Triple-C betekenisvol in?* (pp. 1–13). ASVZ.

ASVZ. (2021). *Triple-C Programmalijnen.*

ASVZ Triple-C Werkplaats. (2021). *Triple-C. Modelgetrouw invoeren en vasthouden.*

Scripties

Brouwer, A. (2013). *Effectiviteit van de Triple-C methode.* Universiteit Utrecht.

Simons, L. (2008). *De Triple-C support piramide*. Universiteit Utrecht.

Webpagina's

ASVZ Triple-C Werkplaats. (z.d.). *Triple-C, tot hier en verder*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.triplecwerkplaats.nl.

Kennisplein Gehandicaptensector. (2023). Behandelmodel Triple-C, wat is dat? Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/wat-is-behandelmodel-triple-c.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Triple-C)

Barret, R. (2009). Naar bedrijfsvoering met een ziel. Uitgeverij Symbolon.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4), 370–396. https://doi.org/10.1037/h0054346.

5.3.6. Vergelijking begeleidingsmethodieken ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek

Op basis van de openbare bronnen zijn vijf begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek, te weten: ARGOS, Gentle Teaching, Heijkoop, LifeWise en Triple-C. Op de voorgaande pagina's zijn deze vijf begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Welke methodiek komt als beste uit de bus? Voor mensen met LVB+ zijn alle vijf methodieken geschikt. Voor mensen met EVB+ is de keuze kleiner. ARGOS en LifeWise zijn namelijk ontwikkeld voor mensen met LVB+ en niet onderzocht bij EVB+. In het onderzoek naar Gentle Teaching en Triple-C zijn mensen met LVB+ en EVB+ meegenomen. In het onderzoek naar Heijkoop is de mate van VB niet gespecificeerd.

In de onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor voorliggend ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematie

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
ARGOS *Specifiek: LVB+ (hechtingsstoornis)*	Ja	Nee	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 2 boeken • 1 samenvattend document • 1 scriptie

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Gentle Teaching *Specifiek: LVB+, EVB+*	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	*Nederland/Vlaanderen* • 2 wetenschappelijke artikelen • 2 boeken • 2 artikelen/verslagen zonder peerreview • 1 samenvattend document *Buitenland* • 6 wetenschappelijke artikelen • 2 proefschriften • 3 boeken
Heijkoop *Mate VB niet gespecificeerd*	Ja	Ja, niet controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	*Nederland/Vlaanderen* • 3 boeken *Buitenland* • 1 wetenschappelijk artikel • 1 proefschrift
LifeWise *Specifiek: LVB+*	Ja	Ja, controleerbaar	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 2 wetenschappelijke artikelen • 1 boek • 4 artikelen/verslagen zonder peerreview • 1 samenvattend document
Triple-C *Specifiek: LVB+, MVB+, EVB+*	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 4 wetenschappelijke artikelen • 1 proefschrift • 4 boeken • 3 samenvattende documenten • 2 scripties

Uit bovenstaande tabel blijkt dat voor mensen met VB + ernstig probleemgedrag de begeleidingsmethodieken Heijkoop en Triple-C als beste uit de bus komen. Heijkoop heeft aanwijzingen voor een matige werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en een sterke werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Bij Triple-C zijn er aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek, maar ontbreekt kwalitatief onderzoek. De verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel is voor Triple-C beter controleerbaar dan voor Heijkoop. Bij Heijkoop is de mate van VB niet gespecificeerd in het onderzoek, bij Triple-C is dit zowel LVB+, MVB+ als EVB+.

5.4. Ernstige visuele beperking

Dit hoofdstuk richt zich op begeleidingsmethodieken voor mensen met VB en een ernstige visuele beperking (figuur 5.5.1), al dan niet ook met doofheid (doofblindheid). Hiervoor zijn drie begeleidingsmethodieken uit het onderzoek naar voren gekomen, te weten: Active Learning, Contact/KiC en Zorg voor Participatie+ (ZvP+).



Figuur 5.4.1. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

Om de keuze voor een begeleidingsmethodiek te faciliteren wordt verderop in dit hoofdstuk (5.4.4) een vergelijking gepresenteerd tussen de drie begeleidingsmethodieken. Hierbij worden 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek samengevat en met elkaar vergeleken. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Doelgroep	Aantal	Begeleidingsmethodieken	Hoofdstuk, pagina
Ernstige visuele beperking	3	Active Learning Contact/Kwaliteit in Communicatie (KiC) Zorg voor Participatie+ (ZvP+)	5.4.1, pagina 368 5.4.2, pagina 380 5.4.3, pagina 391

5.4.1. Active Learning

Overzicht	
Ontwikkelaar	Lilli Nielsen †, psycholoog (Denemarken)
Organisatie (NL)	Visio
Website (NL)	www.visio.org/activelearning
Jaar van ontwikkeling	Jaren 70 tot 90. In de jaren 90 is de methodiek in het Engels en Duits vertaald en beschikbaar gekomen buiten Denemarken.
Jaar van laatste actualisering	2019: Nederlands theorieboek (Rienstra, 2019) en werkboek (Dirkse et al., 2019)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☒ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Active Learning richt zich op cliënten met (zeer) ernstige meervoudige en/of visuele beperkingen met een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 24 maanden (IQ lager dan 25). Dit komt overeen met zeer ernstige VB, hoewel dit niet in alle bronnen zo wordt benoemd. Afwisselend wordt gesproken over ernstige of zeer ernstige VB (Rienstra, 2019). Een enkele keer is ook sprake van een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 48 maanden (Schulik, 2022). In het werkblad van Bartiméus et al. (2022) wordt aangegeven dat Active Learning ook kan worden ingezet voor kinderen zonder VB met (zeer) ernstige visuele of visueel-auditieve beperkingen. Contra-indicaties voor de inzet van Active Learning zijn: probleemgedrag van de cliënt of een groepsgenoot, veranderingen in de gezondheid die aandacht opeisen en een instabiel netwerk (Bartiméus et al., 2022).
Zorgvorm	☒ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Active Learning is er voor het gehele cliëntsysteem: voor alle betrokkenen rondom de cliënt, zoals begeleiders, behandelaren, ouders en andere verwanten. De ontwikkelaars geven aan dat de begeleidingsmethodiek kan worden ingezet binnen diverse zorgvormen: op de woonlocatie, in het dagcentrum, in de thuissituatie en op school (Rienstra, 2019).

Algemene beschrijving

Active Learning richt zich op cliënten die weinig fysiek contact (kunnen) zoeken met voorwerpen en materialen in hun omgeving. Ofwel omdat hun zicht te beperkt is om de omgeving goed waar te nemen en aantrekkelijk genoeg te vinden om te ontdekken, ofwel omdat hun motorische en/of andere beperkingen het onmogelijk maken de omgeving te verkennen. Het gevolg is dat ze geen of minder ervaringen opdoen die bij de ontwikkeling van belang zijn, waardoor de ontwikkeling stagneert. Activatie stimuleert niet alleen de ontwikkeling, maar kan ook probleemgedrag (zoals in zichzelf gekeerd zijn, zelfverwonding of stereotiep gedrag) helpen voorkomen. (Academische Werkplaats EMB, z.d.; Dirkse et al., 2019; Rienstra, 2019; Visio, z.d.).

Begeleiders en anderen kunnen de cliënt met Active Learning op maat stimuleren en faciliteren om actief contact te maken met zijn/haar nabije omgeving (voorwerpen, materialen en mensen), waardoor de cliënt zich bewust wordt van zijn/haar contact- en handelingsmogelijkheden en wordt aangemoedigd om deze uit te breiden (Rienstra, 2019). De methodiek biedt hiervoor een theoretische basis en verschillende praktische hulpmiddelen. Rienstra geeft aan dat de methodiek is gebaseerd op de ideeën van Nielsen en dat deze naar eigen inzicht zijn vertaald naar de huidige situatie in Nederland.

Het Nederlandse theorieboek (Rienstra, 2019) gaat in op de emotionele en functionele ontwikkeling. Ook beschrijft het materialen en voorwerpen die cliënten kunnen prikkelen om hun omgeving te onderzoeken. Het Nederlandse werkboek (Dirkse et al., 2019) bevat beschrijvingen van materialen en voorwerpen en geeft foto's, praktische tips en alternatieve materialen.

Active Learning voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

Active Learning is door Nielsen oorspronkelijk ontwikkeld voor kinderen. Haar uitgangspunt was dat alle kinderen kunnen leren, ook die met ernstige beperkingen. Het is aan ouders en andere opvoeders om de omgeving zo in te richten dat het kind wordt gestimuleerd om deze omgeving actief te verkennen, zonder tussenkomst van een volwassene (Cushman, z.d.). Dit betekent dat niemand het kind vertelt wat het moet doen, niemand zijn/haar hand naar iets leidt en niemand aandringt om naar iets te kijken. De omgeving moet het kind met interessante, stimulerende en veilige materialen uitnodigen

tot exploratie. Ook moet de omgeving responsief zijn, wat inhoudt dat er iets gebeurt als het kind beweegt of iets aanraakt. Deze feedback beloont het kind voor het actief zijn. Nadien is Active Learning ook ingezet bij volwassenen met een (zeer) ernstige verstandelijke en visuele of meervoudige beperking (Rienstra, 2019).

2. Uitgangspunten

Zowel de LilliWorks Active Learning Foundation (LilliWorks, z.d.) als Active Learning Space, een samenwerking van drie scholen/centra voor blinden en slechtzienden in de Verenigde Staten (Active Learning Space, z.d.), geeft uitgangspunten voor Active Learning. Samengevat zijn dit:

1) Iedereen kan leren.
2) De cliënt participeert actief: hij/zij neemt zelf het initiatief voor een actie, zonder dat iemand verbaal of non-verbaal aandringt.
3) Horen en voelen staan voorop.
4) Activiteiten vinden in korte sessies plaats in een responsieve omgeving.
5) Leren gebeurt door herhaling: herhaling creëert en verstevigt neuronale verbindingen in de hersenen.
6) Afwisselen tussen gevarieerde en vaste materialen en activiteiten. Variatie wekt interesse op, vaste materialen en activiteiten zorgen voor herkenning. Vergelijkingsmateriaal is belangrijk.
7) Passend bij de ontwikkeling: aangeboden materialen en activiteiten moeten passen bij de vaardigheden die de cliënt op dat moment bezit.
8) Aansluiten bij de motivatie en leermogelijkheden van de cliënt. Leert de cliënt het beste via zien, horen, tast, smaak, geur of beweging?
9) Afleiding belemmert het leerproces en moet daarom worden beperkt. Gepraat in de omgeving, honger, moeheid en incontinentie kunnen de cliënt afleiden van een activiteit.

3. Doel

Het hoofddoel van Active Learning is de cliënt te faciliteren en stimuleren om contact te maken met de nabije omgeving. Als de cliënt zelf initiatief neemt in het contact en hierin een actieve(re) rol speelt, kan de cliënt leren dat hij/zij zelf de omgeving kan beïnvloeden (Rienstra, 2019).

4. Systematische werkwijze

Active Learning bestaat uit een exploratiefase en begeleidingsfase. De exploratiefase kent drie stappen (Rienstra, 2019):

1) Het cliëntsysteem informeren over en betrekken bij Active Learning.
2) Inzicht verkrijgen in de manier waarop de cliënt contact maakt met zijn/haar directe omgeving (voorwerpen, materialen, personen), of de cliënt initiatief neemt, welke zintuigen hij/zij met name gebruikt en wat zijn/haar motorische en fysieke mogelijkheden zijn.
3) De fysieke omgeving van de cliënt in kaart brengen.

De exploratiefase wordt afgesloten met het opstellen van een begeleidingsplan (Rienstra, 2019).

De begeleidingsfase bestaat uit vier onderdelen:

1) Doel(en): de informatie uit de exploratiefase wordt in het teamoverleg besproken, waarna samen de doelen worden bepaald. Doelen worden altijd cliëntgericht en SMART geformuleerd. Ze moeten niet te groot zijn, omdat dit demotiverend werkt. Het is belangrijk om kleine stapjes te nemen.
2) Vorm: inzetten van de methodiek, bij voorkeur in een rustige ruimte. Dit gebeurt elke dag en duurt drie kwartier. De sessies zijn alleen zinvol als ze dagelijks plaatsvinden. Begeleiders informeren elkaar over manier waarop de cliënt reageert en geven elkaar adviezen.
3) Werkwijze: de principes van Active Learning worden gevolgd en er worden verschillende materialen of voorwerpen ingezet, waarbij de interactie tussen de begeleider en cliënt belangrijk is. De begeleider houdt in de interactie met de cliënt rekening met zijn/haar emotionele ontwikkeling en bijvoorbeeld technieken als nabijheid, spiegelen of meehelpen inzetten. Bij de therapeutische interactie heeft de cliënt de hoofdrol; de begeleider zorgt dat de omgeving is afgestemd op de cliënt.
4) Middelen: het aanbod van materialen wordt afgestemd op de voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt. Variatie in materialen is belangrijk voor de stimulering. Voor slechtziende cliënten is goede verlichting en werken met contrasten essentieel.

Binnen Active Learning zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar:

- Een functioneel schema en andere beoordelingsinstrumenten om vast te stellen welke vaardigheden en mogelijkheden de cliënt wel en niet heeft (Engelstalig) (Active Learning Space, z.d., 2022).
- Een observatielijst (gratis te downloaden) (Dirkse et al., z.d.).
- De Little Room: een verplaatsbaar kamertje dat over de liggende of zittende cliënt kan worden gezet, waarbij de wanden en dak van het kamertje bekleed zijn met voelbare en hoorbare materialen, die zich binnen handbereik van de cliënt bevinden en door hem/haar in beweging kunnen worden gebracht. Zo wordt de cliënt tot activiteit gestimuleerd in een nabije, begrensde, afgeschermde en veilige omgeving (Newton, z.d.; Rienstra, 2019).
- De resonantieplank, die feedback van bewegingen met behulp van auditieve prikkels versterkt (Newton, z.d.; Rienstra, 2019).
- Positiebord, speelschort, speelband en speelboog.
- Ook voorwerpen uit het dagelijks leven, zoals een beker en tandenborstel, kunnen worden gebruikt.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting*: In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over een PDCA-cyclus, maar bij Active Learning is wel sprake van een methodische werkwijze met uitgebreide beeldvorming en doelen. De methodiek bestaat uit een exploratiefase en begeleidingsfase.

5. Doorlopende manier van handelen

In het theorieboek (Rienstra, 2019) wordt aangegeven dat het traject na verloop van tijd met het cliëntsysteem wordt geëvalueerd en dat het wordt beëindigd zodra de hulpvraag is beantwoord. Onduidelijk is wat hier met beëindiging wordt bedoeld: beëindiging van de inzet van Active Learning of beëindiging van het gebruik van bepaalde materialen, omdat de cliënt toe is aan een volgende activiteit of prikkel. Ook in de interventiebeschrijving ('het werkblad') van *Kennis over zien* (Rienstra & Van Oevelen, 2022) is sprake van beëindiging: er wordt aangegeven dat de interventie zes tot twaalf maanden duurt. Dit roept twijfels op of er sprake is van een doorlopende manier van handelen.

Het oorspronkelijke Active Learning gaat uit van een continue dynamische leercirkel, waarmee kan worden vastgesteld of het kind toe is aan een volgende stap en de activiteiten kunnen worden aangepast (Active Learning Space, 2022; Schulik, 2022). De leercirkel bestaat uit vier fasen: 1) bewust en geïnteresseerd, 2) nieuwsgiering en actief, 3)

voltooiing van het leren/gewenning, 4) klaar voor het leren van iets nieuws. De cliënt doet zo voortdurend nieuwe ervaringen op. Dit proces wordt beschreven in een proefschrift (Schulik, 2022). Bij de continue dynamische leercirkel is er geen sprake van beeindiging en gaat het om een doorlopende manier van handelen.

6. Toepasbaarheid in de Nederland gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Het theorieboek, werkboek en de observatielijst van Active Learning zijn gratis. Aan de scholingen zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Active Learning.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Het Nederlandstalige theorieboek (Rienstra, 2019) en het werkboek (Dirkse et al., 2019) zijn gratis te downloaden van de website van Visio (www.visio.org/activelearning).
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Er is geen kant-en-klaar implementatieplan beschikbaar, maar in het theorieboek (Rienstra, 2019) worden de doelgroep en de emotionele en functionele ontwikkeling en mogelijkheden van de cliënten beschreven. Deze theorie is de basis voor de implementatie. Het bijbehorende werkboek (Dirkse et al., 2019) beschrijft hoe de methodiek kan worden gebruikt. Een observatielijst is vrij te downloaden (Dirkse et al., z.d.). De implementatie vindt plaats via de Active Learning-training (Rienstra & Van Oevelen, 2022).
Scholing beschikbaar	☒ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Driedaagse train-de-trainer bij de Visio Academie. Deze wordt zowel fysiek als digitaal aangeboden. Voor de scholing kan contact worden opgenomen met Visio.
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Er worden geen concrete bedragen genoemd. De kosten van de scholing betreffen 28 uur inzet van 2 trainers (1 revalidatietherapeut, 1 gedragskundige), 6 uur logistieke ondersteuning per training, 28 uur per cursist en de eventuele huur van een trainingsruimte en aanschaf van materialen.

Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel en 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Active Learning. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

Lilli Nielsen heeft de theorie achter de methodiek uitgebreid beschreven. Het uitgangspunt is dat ieder kind kan leren. Ouders en begeleiders moeten de omgeving zo inrichten dat actieve exploratie van het kind wordt gestimuleerd (Cushman, z.d.; LilliWorks, z.d.). Visio heeft een Nederlands theorieboek (Rienstra, 2019) en werkboek (Dirkse et al., 2019) over Active Learning uitgebracht. De methodiek is door Visio naar eigen inzicht vertaald naar de huidige Nederlandse situatie en vervolgens geïmplementeerd. Het theorieboek omvat een beschrijving van de doelgroep cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking en hun emotionele en functionele ontwikkeling. Er wordt uitgebreid verwezen naar het werk van Nielsen.

7.2. Ontwikkeling

Active Learning is ontwikkeld vanuit de vraag hoe kinderen met beperkingen leren. Kinderen zonder beperking leren vooral door te doen. Voor kinderen met beperkingen is dat moeilijk of onmogelijk. Leren kinderen met beperkingen als ze op hun eigen manier kunnen ontdekken en experimenteren? Kan en moet er iets speciaals worden gedaan om dit te vergemakkelijken? Deze vragen leidden in de laatste decennia van de vorige eeuw tot de ontwikkeling van alternatieve educatieve oplossingen voor kinderen met een visuele beperking met of zonder andere beperkingen, met als eindresultaat Active Learning. De achterliggende filosofie is dat het kind, als het de kans krijgt om te

Predicaat begeleidingsmethodiek: Active Learning

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Gebaseerd op theorie van Lilli Nielsen (Cushman, z.d.; LilliWorks, z.d.). Visio heeft de methodiek naar eigen inzicht vertaald naar de situatie in Nederland (Rienstra, 2019; Rienstra & Van Oevelen, 2022; Visio, z.d.).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☑ Nee

Toelichting: De ontwikkeling is niet in openbare bronnen beschreven.

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In 2000 is in het buitenland de implementatie van Little Room (hulpmiddel binnen Active Learning) onderzocht. De implementatie ging vaak goed, maar er waren ook enkele verbeterpunten (Johnson et al., 2000). In een proefschrift beschrijft Nielsen een positief effect van de Little Room (Rienstra, 2019). Dit proefschrift is niet openbaar beschikbaar. De Academische Werkplaats EMB is verder onderzoek gestart (Academische Werkplaats EMB, z.d.; Rienstra & Van Heel, z.d.; Van Heel & Rienstra, 2022b, 2022a, 2023). In openbare bronnen is geen afgerond kwantitatief onderzoek gevonden naar Active learning als geheel.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

- ☑ Afwezig
- ☐ Aanwezig
  - ☐ Controleerbaar
    - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
      - ☐ Matig
      - ☐ Sterk
  - ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Nielsen heeft in 2000 interviews gehouden met deelnemers aan workshops over de Little Room (hulpmiddel binnen Active Learning) (Johnson et al., 2000). Er waren aanwijzingen dat de Little Room werkt, maar er was ook veel onduidelijk en de Little Room bleek niet voor alle kinderen te werken. In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar Active Learning als geheel.

leren van zijn eigen actieve verkenning en onderzoek, vaardigheden verwerft die deel gaan uitmaken van zijn persoonlijkheid. Deze vaardigheden zal de cliënt op een natuurlijke manier gaan gebruiken in de interactie met anderen en om zijn eigen behoeften te vervullen. Zo wordt de cliënt minder afhankelijk en kan hij/zij zich ontwikkelen (Active Learning Space, z.d.).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid

Er is nog geen afgerond kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Active Learning. Eind 2022 is een onderzoek gestart naar de effectiviteit bij volwassenen met een (zeer) ernstige verstandelijke, visuele en motorische beperking. De nulmeting is gedaan met behulp van beeldopnamen en vragenlijsten (Academische Werkplaats EMB, z.d.; Rienstra & Van Heel, z.d.; Van Heel & Rienstra, 2022a, 2022b, 2023).

In 2000 werd onderzocht hoe deelnemers van workshops over Active Learning later in de praktijk de Little Room implementeerden. Hierbij werd gebruikgemaakt van vragenlijsten en verzamelde kwalitatieve data. Hoewel veel onduidelijk bleef, concludeerden Johnson et al. dat de meeste deelnemers de Little Room gebruikten volgens de principes van Nielsen en dat de methodiek het mogelijk maakt gegevens bij te houden die konden worden gebruikt om te bepalen wanneer aanpassingen nodig waren. Toch werden enkele van Nielsens principes niet goed opgevolgd (het kind in de Little Room stond altijd onder toezicht van een volwassene; niet altijd werden verzamelde data gebruikt om veranderingen in de omgeving door te voeren; niet altijd werd het resonantiebord gebruikt). Een rem op het gebruik van de Little Room vormden de kosten en beschikbaarheid van bijbehorende materialen (Johnson et al., 2000).

Nielsen onderzocht in een promotieonderzoek het effect van de Little Room (een hulpmiddel binnen Active Learning). Kinderen bleken hiermee 30% beter te scoren op het manipuleren van voorwerpen, tactiele en auditieve activiteiten, opvolgspelletjes (met twee of meer voorwerpen na elkaar spelen, herhalen van spelletjes), positionerende activiteiten (controleren door ronddraaien van de hand, tactiele controle van de positie van het voorwerp) en herhalingen van handelingen (de activiteit stoppen en onmiddellijk of na een paar seconden herhalen) (Rienstra, 2019). Het proefschrift is niet openbaar beschikbaar.

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid

Er is geen kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Active Learning gevonden.

De komende jaren wordt een effectmeting uitgevoerd bij een kleine groep cliënten en hun begeleiders (Kennis over zien, z.d.). Het is onduidelijk of het om kwantitatief of kwalitatief onderzoek gaat.

7.5. Databank

Naast de bovenstaande beoordeling van de wetenschappelijke onderbouwing, wordt hieronder ook het (voorlopige) oordeel vermeld van de databank waarin Active Learning is opgenomen. Het gaat om *Kennis over zien*, een databankachtig interventieoverzicht van Bartiméus, Koninklijke Visio, de Robert Coppes Stichting, de Oogvereniging en de Maculavereniging.

Databank	Interventieoverzicht Kennis over zien
Erkenningscommissie	Onbekend
Oordeel	Goed beschreven (z.d.)
Toelichting	"Active Learning is methodisch en theoretisch onderbouwd, maar nog niet wetenschappelijk op effect onderzocht. NOVUM heeft een aanvraag goedgekeurd voor een effectmeting bij een kleine groep personen en hun begeleiders. Dit onderzoek wordt de komende jaren uitgevoerd" (Kennis over zien, z.d.).
Webpagina	www.kennisoverzien.nl/interventies/active-learning
Beschrijvend rapport	Rienstra & Van Oevelen (2022)

Bronnen over Active Learning

De Nederlandstalige handleiding die bij Visio is ontwikkeld (Rienstra, 2019) wijkt op bepaalde punten af van de beschrijving van Active Learning op internationale websites. De Nederlandstalige versie van Active Learning is gebaseerd op de ideeën van Lilli Nielsen, maar is naar het inzicht binnen Visio vertaald naar de situatie van 2019 (verschijnen van het theorieboek). In het Nederlandse theorieboek wordt de term behandeling gebruikt, en beëindiging daarvan als het doel behaald is. In de oorspronkelijke, internationale versie van Active Learning wordt juist aangeduid dat Active Learning nooit 'klaar' is. Het doorlopende karakter van de methodiek komt beter tot uiting in de oorspronkelijke, internationale versie van Active Learning. Om die reden worden, in tegenstelling tot in andere hoofdstukken, ook buitenlandse webpagina's opgesomd in het onderstaande bronnenoverzicht.

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Boeken

Rienstra, M. (2019). *Theorieboek Active Learning. Spelend contact maken en de wereld om je heen ontdekken.* Visio. Beschikbaar: www.visio.org/home/webshop/publicaties/visuele-en-verstandelijke-beperking/active-learning/active-learning-theorie-en-werkboek.

Dirkse, A., Knegt, M., Van Oevelen, L., Ploeg, T., Rienstra, M. & Timmerman, W. (2019). *Werkboek Active Learning. Spelend contact maken en de wereld om je heen ontdekken.* Visio. Beschikbaar: www.visio.org/home/webshop/publicaties/visuele-en-verstandelijke-beperking/active-learning/active-learning-theorie-en-werkboek.

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Rienstra, M. & Van Oevelen, L. (2022). *Interventie Active Learning.* Kennis over zien. Beschikbaar: www.kennisoverzien.nl/interventies/active-learning.

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Academische Werkplaats EMB. (z.d.). *Active Learning*. Geraadpleegd 1 november 2023 van www.aw-emb.nl/onderzoek/active-learning.

Dirkse, A., Van Oevelen, L., Knegt, M., Timmermans, W. & Rienstra, M. (z.d.). *Observatielijst Active Learning*. Visio. Beschikbaar: www.visio.org/home/webshop/publicaties/visuele-en-verstandelijke-beperking/active-learning/active-learning-theorie-en-werkboek.

Kennis over zien. (z.d.). *Active Learning*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennisoverzien.nl/interventies/active-learning.

Rienstra, M. & Van Heel, I. (z.d.). *Nieuwsbrief: onderzoeksproject Kansen voor activering van start.* Academische Werkplaats EMB. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.aw-emb.nl/onderzoek/active-learning.

Van Heel, I. & Rienstra, M. (2022a). *Nieuwsbrief: onderzoek 'Kansen voor activering'-1 van start.* Academische Werkplaats EMB. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.aw-emb.nl/onderzoek/active-learning.

Van Heel, I. & Rienstra, M. (2022b). *Nieuwsbrief: onderzoek 'Kansen voor activering'-2.* Academische Werkplaats EMB. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.aw-emb.nl/onderzoek/active-learning.

Van Heel, I. & Rienstra, M. (2023). *Nieuwsbrief: onderzoek 'Kansen voor activering'-3*. Academische Werkplaats EMB. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.aw-emb.nl/onderzoek/active-learning.

Visio. (z.d.). *Active Learning – theorie- en werkboek*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.visio.org/home/webshop/publicaties/visuele-en-verstandelijke-beperking/active-learning/active-learning-theorie-en-werkboek.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Johnson, K., Griffin-Shirley, N. & Koenig, A. J. (2000). Active Learning for children with visual impairments and additional disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(9), 584–594. https://doi.org/10.1177/0145482X0009400905.

Proefschriften

Niet openbaar toegankelijk: Nielsen, L. (1988). *Spatial Relations in Congenitally Blind Infants.* University of Aarhus.

Schulik, C. (2022). *Active Learning and its impact on skill development of students with visual impairments and significant disabilities*. Texas Tech University. https://hdl.handle.net/2346/89301.

Boeken

Een overzicht van voornamelijk boeken van Nielsen wordt gegeven op de website www.activelearningspace.org/resources/books-by-dr-nielsen.

Webpagina's

Active Learning Space. (2022). *Getting started with Active Learning. A guide to the Active Learning Space website*. Beschikbaar: www.activelearningspace.org.

Active Learning Space. (z.d.). *A collaborative project of Penrickton Center for blind children, Perkins School for the blind and Texas School for the blind & visually impaired*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.activelearningspace.org/principles/key-points-overview.

Cushman, C. (z.d.). *Remembering Lilli Nielsen and her legacy of Active Learning Introduction to Dr. Lilli Nielsen and her theory of Active Learning, using the little room and resonance board. Paths to literacy.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.pathstoliteracy.org/remembering-lilli-nielsen-and-her-legacy-active-learning.

LilliWorks Active Learning Foundation. (z.d.). *Dr. Lilli Nielson's Active Learning equipment and books*. Geraadpleegd 1 november 2023 van www.lilliworks.org.

Newton, G. (z.d.). *The Active Learning approach: Using the resonance board and the little room with young blind and multiply disabled children*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van https://nfb.org/sites/default/files/images/nfb/publications/fr/fr37/2/fr370207.htm.

Overige referenties (niet over Active Learning)

-

5.4.2. Contact/Kwaliteit in Communicatie (KiC)

Overzicht	
Ontwikkelaars	Marleen Janssen, emeritus hoogleraar doofblindheid Saskia Damen, hoogleraar doofblindheid Mijkje Worm, orthopedagoog
Organisatie	Kentalis en Rijksuniversiteit Groningen
Website	Contact/KiC heeft geen eigen website.
Jaar van ontwikkeling	2003: proefschrift Contact (Janssen, 2003)
Jaar van laatste actualisering	2015: proefschrift Hoge Kwaliteit Communicatie (HKC) (Damen, 2015)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☒ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* Contact is oorspronkelijk ontwikkeld voor doofblinde kinderen (Janssen, 2003). Later is Contact onderzocht bij kinderen en volwassenen met visuele en verstandelijke beperkingen (Damen et al., 2011). De onderzoekpopulatie bestond uit een gevarieerde groep slechtziende of blinde cliënten met MVB, EV(M)B of ZEVMB. HKC (nu: KiC) is onderzocht bij doofblinde cliënten met MVB, EV(M)B of ZEVMB (Damen, 2015; Damen et al., 2014, 2015, 2017, 2021).
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Contact is onderzocht bij kinderen en volwassenen met visuele en verstandelijke beperkingen in woongroepen (Damen et al., 2011). Aan onderzoeken naar HKC namen begeleiders wonen (Damen et al., 2014) en een combinatie van woon- en activiteitenbegeleiders (Damen et al., 2015, 2017, 2021) deel.

Algemene beschrijving

Contact richt zich op het verbeteren van de wederkerigheid in het contact tussen mensen met visuele beperkingen of doofblindheid en VB en hun communicatiepartners (begeleiders, ouders, leerkrachten). Problemen in de communicatie worden mede veroorzaakt doordat communicatiepartners het moeilijk vinden om de communicatieve

uitingen van cliënten te signaleren, juist te interpreteren en er op adequate wijze op te reageren.

Met Contact leren communicatiepartners hun emoties en gedrag af te stemmen op de cliënt. De methodiek is gebaseerd op Trevarthens theorie (Trevarthen, 1979, 1980, 2001) over de ontwikkeling van intersubjectiviteit: het vermogen om betekenissen te delen. Contact richt zich op basale communicatieve gedragingen in de eerste laag van intersubjectiviteitsontwikkeling, zoals beurtwisselingen en affectieve wederkerigheid. Met behulp van video-opnamen worden begeleiders gecoacht in vaardigheden met betrekking tot sociale interactie.

Contact bevat een diagnostisch en een interventiedeel. Binnen het diagnostische deel worden de individuele signalen, karakteristieken en context van de interactie in kaart gebracht. Bij het interventiedeel staat een harmonieuze interactie tussen begeleider en cliënt centraal. Begeleiders gaan gedragingen van cliënten herkennen en passen hun gedrag daarop aan.

Kwaliteit in Communicatie (KiC) bouwt voort op Contact. KiC legt een sterker accent op de inhoud van de communicatie, met als doel dat begeleiders de bedoelingen van cliënten met zintuiglijke en verstandelijke beperkingen beter begrijpen en zij hun eigen bedoelingen beter aan hen kunnen overbrengen.

Contact, Diagnostisch interventie model (DIM), Hoge Kwaliteit Communicatie (HKC) en Kwaliteit in Communicatie (KiC)

Er worden verschillende benamingen voor de methodiek gebruikt. Ook zijn er gaandeweg aanvullingen gedaan.

Contact is oorspronkelijk ontwikkeld voor doofblinde kinderen door Marleen Janssen (2003). In wetenschappelijke artikelen wordt wisselend gesproken over 'methode Contact' en 'Diagnostisch Interventie Model (DIM)' (Janssen et al., 2002, 2003a, 2003b, 2004, 2006, 2011). Eén wetenschappelijk artikel over Contact is gericht op mensen met visuele en verstandelijke beperkingen (Damen et al., 2011).

Hoge Kwaliteit Communicatie (HKC) is ontwikkeld door Saskia Damen (2015). Onderzoek naar HKC is uitgevoerd bij doofblinde mensen met VB (Damen et al., 2014, 2015, 2017, 2021). HKC bouwt voort op Contact en is grotendeels hetzelfde. Contact en HKC zijn beide gebaseerd op Trevarthens theorie (Trevarthen, 1979, 1980, 2001) over intersubjectiviteit, maar HKC legt een sterker accent op de inhoud van communicatie, met als doel dat begeleiders de bedoelingen van cliënten met zintuiglijke en verstandelijke beperkingen beter begrijpen en zij hun eigen bedoelingen beter aan hen kunnen

overbrengen (Van Duijvenboden et al., 2018). Contact richt zich op de eerste laag van intersubjectiviteit, HKC ook op twee aanvullende lagen.

De naam HKC is later veranderd in Kwaliteit in Communicatie (KiC). In openbare bronnen wordt niet duidelijk of Contact en KiC als twee aparte methodieken naast elkaar bestaan of dat KiC de meest actuele vorm is van Contact. Contact en HKC/KiC worden afzonderlijk beschreven in een boek van zorginstelling Bartiméus (Van Duijvenboden et al., 2018), maar scholing is alleen te volgen voor KiC (Bartiméus, z.d.).

Contact/KiC voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

De communicatieve uitingen van doofblinde cliënten zijn vaak subtiel, bijna volledig non-verbaal en trager van tempo. Hierdoor zijn hun uitingen vaak moeilijk te interpreteren en worden ze vaak gemist of verkeerd begrepen. Het gevolg is dat interacties disharmonieus kunnen verlopen en bij cliënten kunnen leiden tot gevoelens van onzekerheid en onbekwaamheid en tot problemen met de emotieregulatie. Ook zelfverwondend gedrag, agressie, zelfstimulatie en depressie komen voor.

2. Uitgangspunten

- Goede communicatiebegeleiding is cruciaal voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Het is belangrijk voor zijn/haar sociaal functioneren en psychisch welbevinden.
- Videofeedback is een belangrijk hulpmiddel om begeleiders gedragingen, houdingen en vaardigheden aan te leren die de communicatie met de cliënt verbeteren.

3. Doel

Het doel van de methodiek is het bevorderen van harmonieuze interacties tussen cliënten en hun communicatiepartners (begeleiders, ouders, leerkrachten) met als hoger doel daarmee hun kwaliteit van leven te verbeteren.

4. Systematische werkwijze

De methodiek bevat een diagnostisch en een interventiedeel. In het diagnostische deel worden de individuele signalen, karakteristieken en context van de interactie in kaart gebracht. In het interventiedeel staat harmonische interactie tussen de begeleider en cliënt voorop.

Contact bestaat uit vijf stappen (Janssen, 2003; Janssen et al., 2003b):

1) Signaleren van de vraag
2) Verduidelijken van de vraag
3) Interactieanalyse met gebruik van video-opnamen
   De doelen worden geformuleerd in acht categorieën:
   a) Initiatief: een interactie beginnen of iets inbrengen als deel van een antwoord.
   b) Bevestigen: duidelijk laten weten dat een initiatief is opgemerkt en herkend.
   c) Antwoord: positieve (instemmende) of negatieve (afkeurende) reacties op een uiting.
   d) Beurten: de beurt nemen (degene worden die handelt) of de beurt geven (de andere de kans geven om te handelen).
   e) Aandacht: gericht zijn op de ander, op de inhoud van de interactie of op objecten of personen binnen de interactiecontext.
   f) Reguleren van de intensiteit van de interactie.
   g) Affectieve betrokkenheid: wederzijds delen van emoties.
   h) Zelfstandig handelen
4) Uitvoering van de methodiek
5) Evaluatie

Een belangrijk onderdeel is coaching van begeleiders (door een hiertoe opgeleide coach), waarbij video-opnamen van henzelf in interactie met een cliënt worden geëvalueerd. Hierbij wordt aandacht besteed aan:

- Het herkennen van het signaalrepertoire (communicatieve gedrag) van de cliënt.
- Het afstemmen van het eigen gedrag binnen de interactie op de cliënt.
- Het aanpassen van de interactiecontext (omgeving) op een manier die de interactie bevordert.

KiC bestaat uit dezelfde vijf stappen, met het verschil dat naast interactie ook betekenisoverdracht centraal staat. Bij de coaching wordt, naast de bovengenoemde aspecten, dan ook aandacht besteed aan:

- Verwijzende communicatie
- Communicatieve betekenis
- Onderhandelen over betekenis
- Gedeelde betekenis
- Declaratieve (verhalende) communicatie
- Delen van ervaringen uit het verleden

Hiernaast wordt aangegeven:

- Dat voor het achterhalen van de betekenis en relevantie van communicatieve signalen van de cliënt gebruik kan worden gemaakt van observatie, kennis van de cliënt en zijn/haar communicatie, kennis over betekenisvolle ervaringen binnen en buiten de context, open interpreteren en tactiel onderhandelen.
- Dat aanpassing van de communicatiecontext (omgeving) er ook op gericht moet zijn dat de cliënt betekenisvolle ervaringen kan opdoen en dat het mogelijk moet zijn deze te delen.
- Dat het van belang is een symmetrische dialoog met de cliënt op gang te brengen en variatie in gespreksonderwerpen te bevorderen.
- Dat persoonlijke verhalen over betekenisvolle ervaringen samen met de cliënt kunnen worden vastgelegd in een communicatielogboek.
- Dat het zinvol is om naar andere communicatiepartners te rapporteren over betekenisvolle ervaringen die de cliënt heeft opgedaan, onderwerpen waarover hij/zij spontaan communiceerde en de manier waarop erover is gecommuniceerd.

De ontwikkelaars geven aan dat het raadzaam is dat alle communicatiepartners van de cliënt (op hun eigen manier) deel uitmaken van het traject. Dit betekent dat naast begeleiders ook medewerking wordt gevraagd van andere zorgprofessionals, verwanten en leerkrachten die bij de cliënt zijn betrokken.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☒ Ja ☐ Nee/onbekend *Toelichting*: In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij Contact/KiC lijkt er wel degelijk sprake te zijn van een methodische werkwijze: de methodiek start met een vraag, die wordt omgezet in doelen (= plan). Nadat aan de doelen is gewerkt (= do), wordt geëvalueerd (= check). Het lijkt aannemelijk dat er cyclisch wordt gewerkt, maar dit wordt in de bronnen niet expliciet aangegeven.

5. Doorlopende manier van handelen

Het begeleiden van cliënten met VB en doofblindheid of ernstige visuele beperkingen is een doorlopend proces. In de bronnen wordt echter geen cyclische werkwijze beschreven.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* Aan de scholing en (het gebruik van) videoapparatuur zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van Contact/KiC.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Contact/KiC heeft geen eigen naslagwerk of website.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Er is geen scholing gevonden voor Contact. Over KiC is een scholing beschikbaar voor communicatiepartners van cliënten met doofblindheid, bestaande uit drie teamscholingen, individuele coaching (vijf video-feedbacksessies) en een evaluatiebijeenkomst. Beschikbaar: www.visio.org/professional/expertise/onderzoeken/doofblind/methode-kwaliteit-in-communicatie-(kic) en www.bartimeus.nl/expertise/het-ontwikkelen-van-onze-expertise/doofblindheid/methode-kwaliteit-in-communicatie-kic
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel en 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor Contact/KiC, waarna de resultaten in de tekst verder worden toegelicht.

Predicaat begeleidingsmethodiek: Contact/Kwaliteit in Communicatie (KiC)

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: Trevartens theorie over intersubjectiviteit (Trevarthen, 1979, 1980, 2001).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling van Contact en KiC is beschreven in twee proefschriften (Janssen, 2003; Damen, 2015)

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☑ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting:
- Contact: Positieve effecten m.b.t. interactie tussen begeleiders en cliënten met VB en visuele beperkingen (Damen, 2011).
- KiC: Positieve effecten m.b.t. interactie tussen begeleiders en cliënten met VB en doofblindheid (Damen, 2014, 2015, 2017).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☑ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: In openbare bronnen is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Contact/KiC.

7.1. Theoretische onderbouwing

Contact en KiC zijn gebaseerd op Trevarthens theorie over de ontwikkeling van intersubjectiviteit, het vermogen om betekenissen te delen (Trevarthen, 1979, 1980, 2001).

7.2. Ontwikkeling

Contact is oorspronkelijk ontwikkeld voor doofblinde kinderen. Dit is beschreven in een proefschrift (Janssen et al., 2003). De ontwikkeling van KiC voor mensen met VB en doofblindheid staat beschreven in een ander proefschrift (Damen, 2015).

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

De werkzaamheid van Contact is onderzocht bij mensen met visuele en verstandelijke beperkingen (Damen et al., 2011). Cliënten binnen dit onderzoek waren slechtziend of blind en hadden matige, ernstige of zeer ernstige VB. De kwaliteit van de interacties werd kwantitatief onderzocht met behulp van twee baseline video-observaties en drie observaties na een training in een periode van negen weken. Interactief gedrag werd gecodeerd en affectieve wederkerigheid werd gescoord. De kwaliteit van de interacties bleek op verschillende punten verbeterd: er was een significante toename van het aantal bevestigde signalen van cliënten door begeleiders, het aantal beantwoorde initiatieven van cliënten door begeleiders en de affectieve wederkerigheid. Er was geen significante verandering in de responsiviteit van cliënten.

Naar de werkzaamheid van KiC bij mensen met VB en doofblindheid zijn drie kwantitatieve studies uitgevoerd. In een gevalsstudie van één cliënt en drie begeleiders werden positieve resultaten gezien voor verschillende observatiecategorieën (Damen et al., 2014). In een ander onderzoek werd een significante verbetering gezien op de eerste en tweede laag van intersubjectiviteit bij alle vijf deelnemende cliënten (Damen et al., 2015). Bij drie van de vijf cliënten was er ook verbetering op de derde laag van intersubjectiviteitontwikkeling. In een derde onderzoek werd de werkzaamheid van KiC onderzocht bij vijf cliënten en hun communicatiepartners (ouders, leerkrachten en begeleiders) (Damen et al., 2017). Er werd een hoge significante overeenstemming gezien tussen het gedrag van de sociale partner en het daaropvolgende gedrag van de cliënten.

In een onderzoek bij elf mensen met VB en doofblindheid en vijfentwintig communicatiepartners (twee ouders, drie leerkrachten en twintig begeleiders) is de ervaren relevantie, haalbaalbaarheid en werkzaamheid (*social validity*) van KiC onderzocht (Damen et al., 2021). Begeleiders gaven op een schaal (*social validity scale*) aan dat KiC

relevant, haalbaar en werkzaam was. Er werd echter geen overeenkomst gevonden tussen de geobserveerde werkzaamheid en de mate van werkzaamheid die begeleiders op casusniveau hadden aangegeven. Wel was er overeenkomst tussen de geobserveerde relevantie en haalbaarheid en de door begeleiders aangegeven relevatie en haalbaarheid.

In een kwantitatief onderzoek werd de werkzaamheid van Contact onderzocht in relatie tot de hechtingsstijl van begeleiders (Schuengel et al., 2012). Aan de hand van resultaten uit een interview werden begeleiders ingedeeld als autonoom (*autonomous*) (N=28), vermijdend (*dismissing*) (N=12) of angstig (*preoccupied*) (N=11). De kwaliteit van de interacties werd na een Contact-training onderzocht met behulp van twee baseline video-observaties en drie observaties. Over het algemeen verbeterde de kwaliteit van de interacties. Begeleiders met een vermijdende hechtingsstijl bleven minder bevestiging geven op signalen van cliënten. De responsiviteit van begeleiders met een vermijdende en angstige hechtingsstijl verbeterde tot het niveau van begeleiders met een autonome hechtingsstijl.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Er is geen kwalitatief onderzoek gevonden naar de werkzaamheid van Contact en KiC.

7.5. Databank

Contact en KiC blijken niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over Contact en KiC

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen

Damen, S., Janssen, M. J., Ruijssenaars, W. A. J. J. M. & Schuengel, C. (2017). Scaffolding the communication of people with congenital deafblindness: An analysis of sequential interaction patterns. *Annals of the Deaf*, *162*(1), 24–33. https://doi.org/10.1353/aad.2017.0012.

Damen, S., Janssen, M. J., Ruijssenaars, W. A. J. J. M. & Schuengel, C. (2015). Intersubjectivity effects of the high-quality communication intervention in people with deafblindness. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *20*(2) 191–201. https://doi.org/10.1093/deafed/envoo1.

Damen, S., Kef, S., Worm, M., Janssen, M. J. & Schuengel, C. (2011). Effects of video-feedback interaction training for professional caregivers of children and adults with visual and intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *55*(6), 581–595. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01414.x.

Damen, S., Schuengel, C., Ruijssenaars, W. A. J. J. M. & Janssen, M. J. (2021). Comparison of social validity ratings with the effects of a video-feedback intervention for communication partners of individuals with deafblindness. *Frontiers in Education*, *6*, 578969. https://doi.org/10.3389/feduc.2021.578969.

Damen, S., Janssen, M. J., Huisman, M., Ruijssenaars, W. A. J. J. M. & Schuengel, C. (2014). Stimulating intersubjective communication in an adult with deafblindness: A single-case experiment. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *19*(3), 366–384. https://doi.org/10.1093/deafed/enu006.

Schuengel, C., Kef, S., Damen, S. & Worm, M. (2012). Attachment representations and response to video-feedback intervention for professional caregivers. *Attachment & Human Development*, *14*(2), 83–99. https://doi.org/10.1080/14616734.2012.661213.

Gericht op doofblinde kinderen

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M. & Van Dijk, J. P. M. (2002). Enhancing the quality of interaction between deafblind children and their educators. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *14*(1), 87-102. https://doi.org/10.1023/A:1013583312920.

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M. & Van Dijk, J. P. M. (2003a). Contact: Effects of an intervention program to foster harmonious interactions between deaf-blind children and their educators. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, *97*(4), 215–229. https://doi.org/10.1177/0145482X03097004.

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M. & Van Dijk, J. P. M. (2003b). Toward a diagnostic intervention model for fostering harmonious interactions between deaf-blind children and their educators. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *97*(4), 197–214. https://doi.org/10.1177/0145482X0309700402.

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M. & Van Dijk, J. P. M. (2004). Enhancing the interactive competence of deafblind children: do intervention effects endure? *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *16*(1), 73–94. https://doi.org/10.1023/B:JODD.0000010040.54094.of.

Janssen M. J., Riksen-Walraven J. M. & Van Dijk, J. P. M. (2006). Applying the Diagnostic Intervention Model for fostering harmonious interactions between deaf-blind children and their educators: a case study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *100*(2), 91–105. https://doi.org/10.1177/014548 2X0610000020.

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M., Van Dijk, J. P. M., Huisman, M. & Ruijssenaars, W. A. J. J. M. (2011). Fostering harmonious interactions in a boy with congenital deaf-blindness: A single-case study. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, *105*(9), 560–572. https://doi.org/10.1177/0145482X1110500.

Proefschriften

Janssen, M. J. (2003). *Fostering harmonious interactions between deafblind children and their educators*. Katholieke Universiteit Nijmegen. (doofblinde kinderen)

Damen, S. (2015). *A matter of meaning. The effect of partner support on the intersubjective behaviors of individuals with congenital deafblindness*. Rijksuniversiteit Groningen. (VB + doofblindheid)

Boeken

Van Duijvenboden, T., Pietersen, M. & Straus, M.-L. (2018). *Met het oog op meedoen: over de ondersteuningsbehoefte van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. Bartiméus. Beschikbaar: www.bartimeus.nl/alle-publicaties/boek-met-het-oog-op-meedoen

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (brochures, rapporten)

Niet openbaar gevonden

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Communicatiemethoden EMB. (z.d.). *Methode Contact.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.communicatiemethodenemb.nl/methoden/methodecontact.

Kennisplein Gehandicaptensector. (12 augustus 2019). *Methode Contact en Hoge Kwaliteit Communicatie-interventiemode*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/methode-contact-en-hkc-interventiemodel.

Kentalis. (z.d.). *Wetenschappelijk onderzoek: Kwaliteit in Communicatie*. Geraadpleegd 1 november 2023 van www.kentalis.nl/wetenschappelijk-onderzoek/kwaliteit-communicatie.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over Contact of KiC)

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (red.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 321–347). Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding of infants. In D. R. Olson, G. A. Miller & J. S. Bruner (red.), *The social foundations of language and thought: Essays in honor of Jerome S. Bruner* (pp. 316–342). Norton.

Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1–2), 95–131. https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<95::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-6.

5.4.3. Zorg voor Participatie+ (ZvP+)

Overzicht	
Ontwikkelaars	Gineke Hanzen, fysiotherapeut en onderzoeker Aly Waninge, lector Participatie en gezondheid bij mensen met een verstandelijke en visuele beperking
Organisatie	Visio
Website	www.kennisportaal.visio.org/nl-nl/documenten/zorg-voor-participatie-hoe-wat-en-waarom
Jaar van ontwikkeling	2016: artikel Zorg voor Participatie (Hanzen et al., 2016)
Jaar van laatste actualisering	2020: proefschrift Zorg voor Participatie+ (Hanzen et al., 2020b)
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + doofblindheid ☒ VB (specifiek: EVB, ZEVB) + ernstige visuele problemen ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+
Bij doelgroep onderzocht?	☒ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:* ZvP+ is ontwikkeld voor volwassenen met (zeer) ernstige verstandelijke en visuele beperkingen. De ontwikkelaars gebruiken hiervoor zelf de afkorting (Z)EVVB. De werkzaamheid van ZvP+ is onderzocht bij deze doelgroep (Hanzen et al., 2020, 2022).
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☒ Werk & dagbesteding ☒ Wonen ☐ Niet (verder) gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:* Bij de ontwikkeling van ZvP zijn de oorspronkelijke terreinen uit de Individuele Rehabilitatie Benadering (wonen, werken, leren en sociale contacten) voor de doelgroep aangepast naar: wonen, dagbesteding, vrije tijd en sociale contacten (Hanzen et al., 2016). Onderzoek is gericht op woon- en activiteitenbegeleiders (Hanzen et al., 2020) of alleen op begeleiders wonen (Hanzen et al., 2020a).

Algemene beschrijving

Met behulp van Zorg voor Participatie+ (ZvP+) kunnen begeleiders de wensen van mensen met ernstige of zeer ernstige verstandelijke en visuele beperkingen op alle domeinen van participatie ontdekken en realiseren. Hierbij wordt participatie gedefinieerd als: “Actieve deelname en betrokkenheid binnen dagelijkse bezigheden, sociale,

maatschappelijke en vrijetijdsactiviteiten, met mogelijkheden voor inclusie, ervaren en ontdekken." (Hanzen, 2020b). De eerder ontwikkelde methodiek Zorg voor Participatie (ZvP) is verrijkt tot de methodiek ZvP+ door toevoeging van de Participatie Mindmap (waarin het begrip 'participatie' wordt gedefinieerd en wordt uitgelegd welke factoren bijdragen aan een optimale participatie van cliënten). Samen met verwanten en collega's probeert de begeleider te ontdekken welke wensen de cliënt heeft, hoe tevreden hij/zij is met de huidige activiteiten en welke veranderingen zouden kunnen worden uitgeprobeerd. De cliënt krijgt hierin zo veel mogelijk zeggenschap.

ZvP+ voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

1. Zienswijze

ZvP+ is gebaseerd op de Individuele Rehabilitatie Benadering (Anthony et al., 2002). De kern van deze benadering (en dus ook van ZvP+) is uitgaan van de wensen en mogelijkheden van mensen en niet van hun problemen en beperkingen. Mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en visuele beperkingen moeten kunnen participeren en zelf kunnen kiezen om mee te doen aan alles wat ze graag willen. Ze kunnen hun wensen echter zelf meestal niet goed verwoorden. ZvP+ sluit aan bij de gedachte dat de zorg erop gericht is om mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en visuele beperkingen te helpen hun mogelijkheden zo veel mogelijk te ontdekken en hen te ondersteunen bij het zo zelfstandig mogelijk participeren in zo veel mogelijk rollen.

2. Uitgangspunten

De uitgangspunten van ZvP+ (Hanzen & Zijlstra, 2022):

- De cliënt kan zo zelfstandig mogelijk meebepalen over alle dagelijkse dingen in zijn/haar leven.
- Begeleiders werken methodisch aan keuzemogelijkheden voor de cliënt, samen met de cliënt zelf, zijn/haar verwanten en andere disciplines.
- Er wordt gewerkt aan de hand van een plan met concrete, haalbare doelen, waarbij ook is aangeven hoe elk doel kan worden bereikt. Het kan gaan om doelen op het gebied van meer eigen regie, nieuwe activiteiten of meer betrokkenheid bij huidige activiteiten.
- De cliënt leert vaardigheden aan die nodig zijn voor het bereiken van een doel, al is zijn/haar aandeel in deze vaardigheid nog zo klein.

- Voor de cliënt worden hulpbronnen bedacht en verkregen, zodat hij/zij hiervan gebruik kan maken.
- Begeleiders richten zich op de mogelijkheden tot zelfstandigheid en participatie van de cliënt, gaan niet te snel over tot handelen en overnemen, en vinden de ontdekkingsreis naar mogelijkheden uitdagend.
- Er is aandacht voor onuitgesproken wensen van de cliënt en voor (minieme) uitingen van ontevredenheid. Begeleiders werken hierbij methodisch in een positieve, oplossende richting.

3. Doel

Het doel van ZvP+ is cliënten ondanks hun beperkingen zo veel mogelijk te laten deelnemen aan activiteiten die passen bij hun voorkeuren en kwaliteiten. Begeleiders hanteren een werkwijze die niet uitsluitend uit 'zorgen voor', maar ook uit 'zorgen dat' bestaat.

4. Systematische werkwijze

ZvP+ bestaat uit zeven stappen (Hanzen et al., 2016, 2020):

1) Mogelijkheden verkennen om de regie van de cliënt te vergroten.
2) Mogelijke onvrede en onuitgesproken wensen van de cliënt verkennen. Nieuwe activiteiten verkennen en eventuele hindernissen oplossen.
3) Een doel kiezen. Mogelijke wensen worden vertaald in een doel.
4) Bepalen hoe het doel kan worden bereikt. Wat kan de cliënt zelf en waarbij heeft hij/zij hulp nodig?
5) Vaardigheden ontwikkelen. Welke vaardigheden heeft de cliënt nodig om het doel te bereiken en hoe kan hij/zij ze (gedeeltelijk) aanleren?
6) Steun zoeken wanneer het uitvoeren van een activiteit lastig blijkt en/of wanneer er zaken moeten worden geregeld.
7) Problemen oplossen.

Is methodisch werken (PDCA) verankerd in de methodiek?	☐ Ja ☒ Nee/onbekend *Toelichting*: In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus. Binnen het stappenplan van ZvP+ worden doelen gesteld, maar evaluaties en de werkwijze in cycli zijn niet beschreven.

5. Doorlopende manier van handelen

Het begeleiden van cliënten met (zeer) ernstige verstandelijke en visuele beperkingen is een doorlopend proces. De werkwijze in cycli wordt echter niet beschreven.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Verkrijgbaarheid methodiek	☒ Gratis/openbaar ☒ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:* De Participatie Mindmap is gratis te downloaden van het kennisportaal van Visio (Hanzen & Zijlstra, 2022). Aan de scholing zijn kosten verbonden. Er is geen informatie gevonden over licentiekosten voor het gebruik van ZvP+.
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☒ Ja ☐ Nee *Toelichting:* Bij aanvang van de scholing krijgen de deelnemers een syllabus, een handout met powerpointdia's, een handleiding voor gebruik in de praktijk en een stappenschema. Deze materialen zijn niet openbaar beschikbaar.
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☒ Nee *Toelichting:* Een concreet implementatieplan is in de bronnen niet gevonden.
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☒ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:* Driedaagse (incompany) scholing voor begeleiders. Toegangseisen: minimaal mbo-niveau 4 en enkele jaren werkervaring met de doelgroep. Beschikbaar: https://r92.nl/cursusaanbod/12-cursussen/65-zorg-voor-participatie
Scholingskosten	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering over tijd ☐ Nee ☒ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:* Het is onbekend of er sprake is van certificering. Deelnemers krijgen na de scholing wel een bewijs van deelname.
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☒ Onbekend in openbare bronnen

7. Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing wordt gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Het schema op de volgende pagina vat dit samen voor ZvP+. De resultaten worden in de tekst verder toegelicht.

7.1. Theoretische onderbouwing

De ontwikkeling van ZvP+ is gebaseerd op de Individuele Rehabilitatie Benadering (Anthony et al., 2002). ZvP+ is een non-verbale toepassing van deze (verbale) benadering, aangepast voor mensen met (Z)EVMB en een visuele beperking.

7.2. Ontwikkeling

De theoretische onderbouwing van ZvP+ is beschreven in een proefschrift (Hanzen, 2020b). Allereerst is onderzoek gedaan naar de operationalisering en definitie van het concept participatie voor mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en visuele beperkingen (Hanzen et al., 2017). Verder zijn de domeinen beschreven waarin deze doelgroep volgens de definitie participeert: ervaren en ontdekken; inclusie; deelname en betrokkenheid; vrije tijd, ontspanning en recreatie; communicatie en begrepen worden; sociale contacten; eigen regie (Hanzen et al., 2018). Dit is, samen met een toelichting op het begrip 'participatie' en de factoren die hierin een rol spelen, opgenomen in de Participatie Mindmap, waarmee Zorg voor Participatie (ZvP) is verrijkt tot ZvP+.

7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek

De toepasbaarheid van ZvP (voorloper van ZvP+) is kwantitatief en kwalitatief (mixed-methods) onderzocht (Hanzen et al., 2016). Uit dit onderzoek bleek dat begeleiders door de methodiek op een andere manier naar cliënten waren gaan kijken: ze keken meer naar mogelijkheden en minder naar beperkingen van cliënten. Ook werd een toename in het aanbod van activiteiten gezien. De auteurs geven aan dat niet duidelijk is of dit betekent dat de participatie daadwerkelijk was toegenomen. De scheiding tussen de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten is onduidelijk.

Hanzen et. al hebben zowel kwantitatief onderzoek naar de implementatie als naar de werkzaamheid van ZvP+ gedaan. Het eerste onderzoek (Hanzen et al., 2020a) omvatte de implementatie, het tweede de werkzaamheid, opgesplitst naar de attitude van begeleiders (Hanzen et al., 2020) en de participatie van cliënten (Hanzen et al., 2022).

Predicaat begeleidingsmethodiek: Zorg voor Participatie+ (ZvP+)

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☑ Ja
☐ Nee

Toelichting: ZvP+ is gebaseeerd op de Individuele Rehabilitatie Benadering (Anthony et al., 2002).

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☑ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting: De ontwikkeling is beschreven in een artikel (ZvP, Hanzen et al., 2016) en een proefschrift (ZvP+, Hanzen, 2020).

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Longitudinaal onderzoek: ZvP+-groep en twee controlegroepen, drie meetmomenten. Attitude begeleiders (Hanzen et al., 2020): stijgende trend in attitude t.a.v. participatie bij ZvP+-groep. Geen significant verschil met controlegroep gebruikelijke zorg. Vragenlijst participatie cliënten (Hanzen et al., 2022): geen hogere scores in domeinen participatie. Observaties (scores): stijging actieve betrokkenheid cliënten en aantal initiatieven van begeleiders. Zie verder 7.4 kwalitatief onderzoek (mixed-methods) (Hanzen et al., 2016).

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☑ Aanwezig
- ☑ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☑ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☑ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting: Onderzoek naar de toepasbaarheid van ZvP (voorloper van ZvP+) (Hanzen et al., 2016): begeleiders keken op een andere manier naar cliënten. Ook werd een toename in het aanbod van activiteiten gezien. De scheiding tussen kwalitatieve en kwantitatieve resultaten is onduidelijk.

Implementatie

De implementatie van ZvP+ is kwantitatief en kwalitatief onderzocht (Hanzen et al., 2020a). De ZvP+-training was niet geheel uitgevoerd als bedoeld, waardoor de implementatie niet volledig had plaatsgevonden. Wel pasten begeleiders de methodiek toe om de eigen regie van cliënten te vergroten, nieuwe activiteiten te ontwikkelen, actieve betrokkenheid van de cliënt in bestaande activiteiten te vergroten en nieuwe rollen te ontwikkelen. De resultaten geven een procesevaluatie van ZvP+ en geen uitkomsten voor de werkzaamheid van ZvP+.

Werkzaamheid: attitude van begeleiders en participatie van cliënten

De werkzaamheid van ZvP+ is onderzocht in een niet-gerandomiseerd, gecontroleerd pilotonderzoek (Hanzen et al., 2022; Hanzen et al., 2020). Hierbij is een ZvP+-groep (N=16) waarbij begeleiders waren getraind in ZvP+ vergeleken met een eerste controlegroep (N=14) waarbij begeleiders één element van ZvP+ (de Participatie Mindmap) kregen, en met een tweede controlegroep (N=13) waarbij begeleiders niet werden getraind in de methodiek, geen Participatie Mindmap kregen en op de gebruikelijke manier zorg leverden. Het betrof een longitudinaal onderzoek met metingen voorafgaand aan de invoering van ZvP+ en zes en twaalf maanden na invoering. Aangaande de werkzaamheid werd zowel de attitude van begeleiders ten aanzien van participatie van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en visuele beperkingen als de daadwerkelijke mate van participatie van cliënten onderzocht:

- Attitude van begeleiders: het effect van ZvP+ op de attitude van begeleiders ten aanzien van participatie van cliënten werd kwantitatief onderzocht met behulp van het opstellen van persoonlijke profielen van cliënten en een vragenlijst (Hanzen et al., 2020). Begeleiders uit de ZvP+-groep rapporteerden zes maanden na de training significant minder beperkingen in het persoonlijk profiel van cliënten. De auteurs geven aan dat dit kan worden beschouwd als een positieve attitude ten aanzien van participatie van cliënten. Uit resultaten van de vragenlijst bleek een positieve trend (niet significant) in de domeinen vrije tijd en recreatie, sociale contacten, en deskundigheid om te handelen op het gebied van participatie in de ZvP+-groep en de controlegroep met de Participatie Mindmap. Veranderingen waren niet significant verschillend ten opzichte van de controlegroep die gebruikelijke zorg leverde.
- Participatie van cliënten: het effect van ZvP+ op de participatie van cliënten is kwantitatief onderzocht met behulp van observaties en een vragenlijst over kwaliteit van bestaan (Hanzen et al., 2022). Bij de observaties tijdens activiteiten werden de mate

van actieve betrokkenheid van cliënten en het aantal initiatieven van begeleiders om deze actieve betrokkenheid te stimuleren gescoord. Uit de resultaten van de vragenlijst bleek dat de ZvP+-groep en de controlegroep met de Participatie Mindmap geen hogere scores hadden op domeinen van participatie. De controlegroep met gebruikelijke zorg scoorde hoger op de domeinen communicatie, invloed en materieel welbevinden. Uit de observaties bleek een stijging van de actieve betrokkenheid van cliënten en van het aantal initiatieven van begeleiders om de betrokkenheid te stimuleren.

7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek

Het bij 7.3 genoemde onderzoek naar de toepasbaarheid van ZvP (voorloper van ZvP+) is kwantitatief en kwalitatief uitgevoerd (Hanzen et al., 2016). De scheiding tussen kwalitatieve en kwantitatieve (overwegend positieve) resultaten is onduidelijk.

7.5. Databank

ZvP+ blijkt niet opgenomen te zijn in een van de landelijke databanken.

Bronnen over ZvP+

Nederland en Vlaanderen

Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)

Hanzen, G., Korevaar, E. L., Van der Putten, A. A. J., Zijlstra, A. & Waninge, A. (2016). Zorg voor Participatie. Descriptief onderzoek naar de toepasbaarheid en resultaten van een nieuwe methodiek om de participatie te vergroten van volwassenen met visuele en (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *(42)*2, 108–123.

Hanzen, G., Van Nispen, R. M. A., Van der Putten, A. A. J. & Waninge, A. (2017). Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: Definition and operationalization. *Research in Developmental Disabilities*, *61*, 95–107. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.12.017.

Hanzen, G., Van Nispen, R. M. A., Vlaskamp, C., Korevaar, E. L., Waninge, A. & Van der Putten, A. A. J. (2020a). Improving the participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: a process evaluation of a new intervention. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 319. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05161-1.

Hanzen, G., Waninge, A., Van Nispen, R. M. A., Vlaskamp, C., Post, W. J. & Van der Putten, A. A. J. (2020). Intervention effects on professionals' attitudes towards the participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *34*(1), 129–139. https://doi.org/10.1111/jar.12792.

Hanzen, G., Waninge, A., Van Nispen, R. M. A., Vlaskamp, C. & Van der Putten, A. A. J. (2022). Effects of the "Care for participation+" intervention on the participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: a nonrandomized controlled trial. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *19*(2), 202–219. https://doi.org/10.1111/JPPI.12401.

Hanzen, G., Waninge, A., Vlaskamp, C., Van Nispen, R. M. A. & Van der Putten, A. A. J. (2018). Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: Analysis of individual support plans. *Research in Developmental Disabilities*, *83*, 132–141. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.08.012.

Proefschriften

Hanzen, G. (2020b). *Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities*. Rijksuniversiteit Groningen.

Boeken

Niet openbaar gevonden

Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview

Niet openbaar gevonden

Samenvattende documenten (rapporten, brochures)

Hanzen G. (2020). *Brochure: Participatie van volwassenen met een visuele en (zeer) ernstige verstandelijke beperking*. Beschikbaar: www.aw-emb.nl/producten/brochure-participatie-van-volwassenen-met-visuele-en-zeer-ernstige-verstandelijke-beperkingen

Visio. (z.d.). *Mindmap: participatie van volwassenen met een visuele en (zeer) ernstige verstandelijke beperking*. Beschikbaar: www.visio.org/visio.org/media/Visio/Downloads/Kwaliteitsrapport/Mindmap_printversie.pdf

Scripties

Niet openbaar gevonden

Webpagina's

Hanzen, G. & Zijlstra, A. (2 september 2022). *Zorg voor Participatie+: Hoe, wat en waarom*. Visio. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.kennisportaal.visio.org/nl-nl/documenten/zorg-voor-participatie-hoe-wat-en-waarom.

Hanzehogeschool. (z.d.). *Participatie van volwassenen met een verstandelijke en visuele beperking*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.hanze.nl/nl/onderzoeken/centers/centre-of-expertise-healthy-ageing/projecten/participatie-van-volwassenen-met-een-verstandelijke-en-visuele-beperking.

Buitenland

Wetenschappelijke artikelen

Niet openbaar gevonden

Proefschriften

Niet openbaar gevonden

Overige referenties (niet over ZvP+)

Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2e druk). Center for Psychiatric Rehabilitation.

5.4.4. Vergelijking begeleidingsmethodieken ernstige visuele beperking

Op basis van de openbare bronnen zijn drie begeleidingsmethodieken gevonden die bedoeld zijn voor mensen met VB en een ernstige visuele beperking, te weten: Active Learning, Contact/KiC en Zorg voor Participatie+. Op de voorgaande pagina's zijn deze drie begeleidingsmethodieken beschreven qua inhoud, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Welke methodiek komt als beste uit de bus? In de onderstaande tabel kan in één oogopslag 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de methodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek worden vergeleken tussen de begeleidingsmethodieken. In de laatste kolom wordt het aantal openbare bronnen (exclusief websites) over de begeleidingsmethodiek weergegeven. In hoofdstuk 7 wordt bovendien een stappenplan gepresenteerd om het keuzeproces te gidsen waarin zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de praktische toepasbaarheid wordt gewogen.

Vergelijkingstabel van de wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor voorliggende ernstige visuele beperking

Methodiek	Theorie	Verantwoording ontwikkeling	Aanwijzingen werkzaamheid		Openbare bronnen over methodiek
			Kwantitatief	Kwalitatief	
Active Learning	Ja	Nee	Afwezig	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 2 boeken • 1 samenvattend document *Buitenland* • 1 wetenschappelijk artikel • 2 proefschriften • Diverse boeken
Contact/KiC	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Afwezig	*Nederland/Vlaanderen* • 12 wetenschappelijke artikelen • 2 proefschriften • 1 boek
Zorg voor Participatie+	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: tegenstrijdig	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	*Nederland/Vlaanderen* • 6 wetenschappelijke artikelen • 1 proefschrift • 2 samenvattende documenten

Uit de tabel op de vorige pagina blijkt dat Contact/KiC en ZvP+ als beste uit de bus komen. Contact/KiC heeft aanwijzingen voor een sterke werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek, op de voet gevolgd door ZvP+ met aanwijzingen voor tegenstrijdige werkzaamheid (deels positieve en negatieve resultaten) op basis van kwantitatief onderzoek. Echter, ZvP+ heeft ook aanwijzingen voor matige werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek, die bij Contact/KiC afwezig zijn. Contact/KiC is de enige van de drie begeleidingsmethodieken die bedoeld is voor cliënten met doofblindheid.

6.

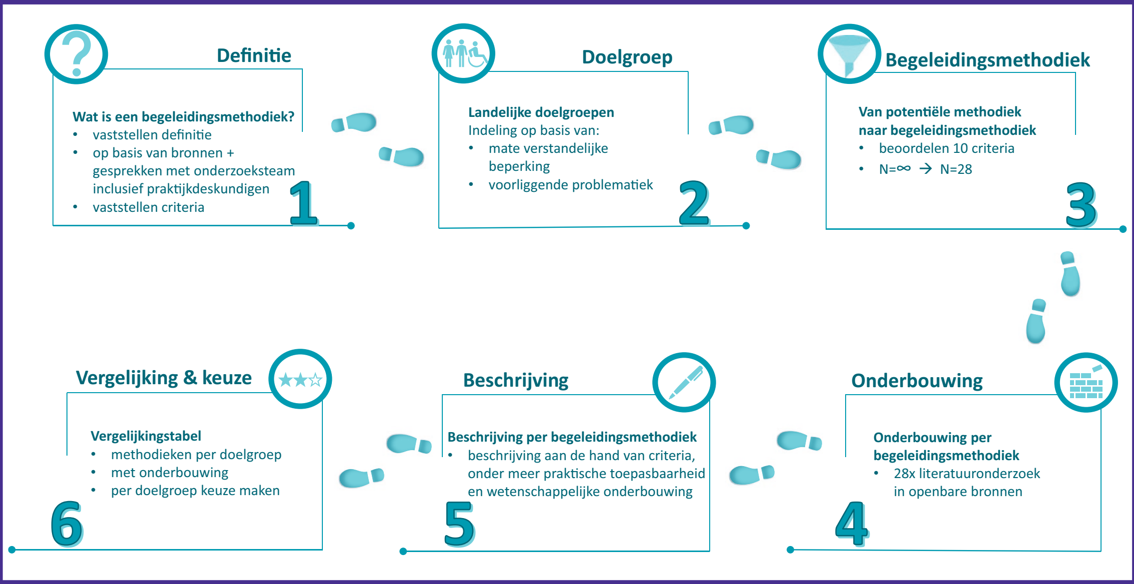
Verantwoording



In dit hoofdstuk wordt aan de hand van het zesstappenschema in figuur 6.1 de verantwoording beschreven van het onderzoek.

Dit onderzoek bestond uit de volgende stappen:

1) Vaststellen van een werkdefinitie van een begeleidingsmethodiek en criteria waaraan een methodiek moet voldoen.
2) Vaststellen van landelijk gedefinieerde doelgroepen in de verstandelijk gehandicaptenzorg.
3) Inventariseren van potentiële begeleidingsmethodieken in Nederland en vaststellen of deze daadwerkelijk het predicaat begeleidingsmethodiek krijgen.
4) Literatuuronderzoek in openbare bronnen per begeleidingsmethodiek.
5) Samenvattende beschrijving maken per begeleidingsmethodiek op basis van de informatie uit de bronnen die zijn gevonden in stap 4.
6) Vergelijken van begeleidingsmethodieken per doelgroep.



Figuur 6.1. Schematisch stappenplan van het onderzoek.

6.1. Stap 1: Definitie methodiek

Er bestaat geen eenduidige definitie van 'begeleidingsmethodiek', bleek uit een brede verkenning in de gehandicaptenzorg. Het woord methodiek is aan brede interpretatie onderhevig, waarbij verschillende organisaties, ontwikkelaars en beroepsgroepen er een verschillende, vaak niet of onduidelijk beschreven definitie op nahouden. Het gebrek aan eenduidigheid leidt tot een onoverzichtelijk landschap aan methoden, methodieken, modellen, programma's, visies, werkwijzen en meer, die steeds wisselend worden gedefinieerd. Het is dan ook algauw onduidelijk wat wel en geen methodiek is, met andere woorden welke methodieken door zorginstellingen met elkaar vergeleken kunnen worden (per doelgroep). De huidige situatie van onduidelijkheid resulteert in het vergelijken van appels met peren, oftewel het vergelijken van een model met een methodiek, een visie met een methodiek et cetera.

Om een zo volledig mogelijk overzicht te maken van alle beschikbare begeleidingsmethodieken in de Nederlandse verstandelijk gehandicaptenzorg is daarom begonnen met het vaststellen van een uniforme definitie van het begrip 'methodiek'. Deze definitie werd vastgesteld aan de hand van woordenboeken, kennispleinen (Landelijk Kenniscentrum LVB, Kennisplein Gehandicaptensector, Vilans), webpagina's van vakverenigingen, wetenschappelijke literatuur (vooral grijze literatuur en boeken) en praktijkervaring in het onderzoeksteam (bestaande uit onder andere vier gedragskundige-onderzoekers met ruime ervaring in de gehandicaptenzorg). Gezamenlijk is het onderzoeksteam gekomen tot de volgende definitie van een begeleidingsmethodiek:

> Een begeleidingsmethodiek is een duidelijk omschreven begeleidingswijze om de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verhogen. De begeleidingswijze is gebaseerd op een helder geformuleerde zienswijze en daarop gebaseerde uitgangspunten ten aanzien van cliënten. Het betreft een systematische, doorlopende manier van handelen om in te spelen op een specifieke zorgvraag of ondersteuningsbehoefte bij cliënten en/of hun omgeving. Het bestaat uit één of meerdere werkwijzen. Eén of meerdere onderdelen van een begeleidingsmethodiek zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing.

Op basis van deze definitie zijn tien criteria opgesteld waaraan een begeleidingsmethodiek moet voldoen (nader toegelicht in hoofdstuk 2 en figuur 2.2).

1) Gericht op mensen met VB
2) Bedoeld voor begeleiders
3) Beschikbaar in de Nederlandse taal
4) Verkrijgbaar in Nederland in 2023
5) Aanwezigheid van een helder geformuleerde zienswijze
6) Aanwezigheid van duidelijke uitgangspunten
7) Vergroten van kwaliteit van leven als doel
8) Bevat een systematische werkwijze
9) Bevat een doorlopende manier van handelen
10) Is ten minste deels wetenschappelijk onderbouwd

6.2. Stap 2: Doelgroepen

In hoofdstuk 3 wordt uitgebreider ingegaan op de doelgroepen. We onderscheiden allereerst doelgroepen op basis van de mate van VB, waarin die mate (of ernst) grotendeels bepaalt welke begeleidingsmethodiek het meest passend is (figuur 6.2). Daarnaast onderscheiden we doelgroepen op basis van voorliggende problematiek. De mate van VB is dan niet meer voorliggend maar de problematiek, zoals dementie of ernstig probleemgedrag (figuur 6.2).

Mate VB

Allereerst is de definitie van VB als uitgangspunt genomen. Immers, het bieden van zorg en ondersteuning aan mensen met VB is het bestaansrecht van gehandicaptenzorginstellingen. Er is gebruik gemaakt van drie handboeken die ondanks subtiele verschillen, redelijk overeenkomstige definities hanteren:

- Handboek *AAIDD* (Schalock et al., 2021).
- Psychiatrisch handboek *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022)
- Internationale classificatie van ziekten *ICD-11* (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022)

In alle drie de handboeken wordt benadrukt dat de mate van VB (dus licht, matig, ernstig of zeer ernstig) niet alleen afhangt van het IQ, maar juist ook van het adaptieve functioneren. Voor de begripsvorming is de IQ-indeling nog wel opgenomen in de tabel. Het is niet de bedoeling om in dit boek uitgebreid in te gaan op de verschillende handboeken, hun overeenkomsten en nuanceverschillen en welk classificatiesysteem de voorkeur geniet. Het classificeren van mensen in doelgroepen is geen doel op zich, maar simpelweg een manier om mensen met soortgelijke ondersteuningsbehoeften samen te brengen en aan te duiden. Een samenvattend overzicht is te vinden in hoofdstuk 3 (tabel 3.1).

In dit boek kiezen we er bewust voor om de vaak gebruikte term ernstige meervoudige beperkingen (EMB) niet te gebruiken. In Van der Putten et al. (2017) wordt helder gemaakt waarom deze term voor verwarring kan zorgen: “Zo spreekt men in de praktijk vaak over de doelgroep mensen met een ernstige meervoudige beperking (EMB). Het gaat hierbij om mensen met een combinatie van (ernstige) beperkingen op uiteenlopende gebieden, waarbij echter een zeer ernstige verstandelijke beperking niet per definitie aanwezig is. Te denken valt aan mensen met matige verstandelijke beperkingen en (ern-

stige) gedragsproblemen. Deze groep mensen met 'EMB' is echter een te brede groep om voldoende tegemoet te kunnen komen aan de complexe ondersteuningsvraag van kinderen en volwassenen met een zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking" (Van der Putten et al. 2017). Het is dus zuiverder om in de doelgroepdefinitie altijd de mate van VB te benadrukken, met andere woorden: EVB, EVMB en ZEVMB.

Mensen met ernstige VB (EVB) hebben traditioneel gezien een IQ van 20-35 punten en significante beperkingen in de adaptieve vaardigheden. Naast EVB kan er sprake zijn van motorische, zintuiglijke en communicatieve beperkingen. Zijn er meerdere beperkingen aanwezig, dan wordt gesproken over EVMB.

Bij mensen met zeer ernstige VB (ZEVB) is het IQ niet betrouwbaar te meten met gestandaardiseerde instrumenten. In het artikel van Van der Putten et al. (2017) wordt gesteld dat er naar schatting bij driekwart van mensen met ZEVB ook ernstige motorische beperkingen aanwezig zijn, bijvoorbeeld spasticiteit en vergroeiingen zoals een scoliose. Deze doelgroep wordt aangeduid als ZEVMB. Zij zijn veelal niet in staat om "zich zelfstandig voort te bewegen en ook de functionele arm en handfunctie is ernstig beperkt" (Van der Putten et al., 2017). Hierbij zijn er door "de ernstige hersenbeschadiging ook vaak zintuiglijke problemen, zoals (cerebrale) visusproblemen, auditieve beperkingen en problemen met de verwerking van tast-, reuk- en smaakprikkels. Ook gezondheidsproblemen (zoals epilepsie, chronische luchtweginfecties, obstipatie, gastro-oesofagiale refluxziekte en eet- en drinkproblemen) komen veelvuldig voor. Mede [hierdoor] is het medicatiegebruik binnen deze groep hoog, ervaren velen chronische pijn en komen gedragsproblemen (zelfverwondend, stereotiep en teruggetrokken gedrag), slaapproblemen, eetproblemen, problemen met de alertheid en ondergewicht veel voor" (Van der Putten et al. 2017). Ook kenmerkend is een non-verbale wijze van communiceren.

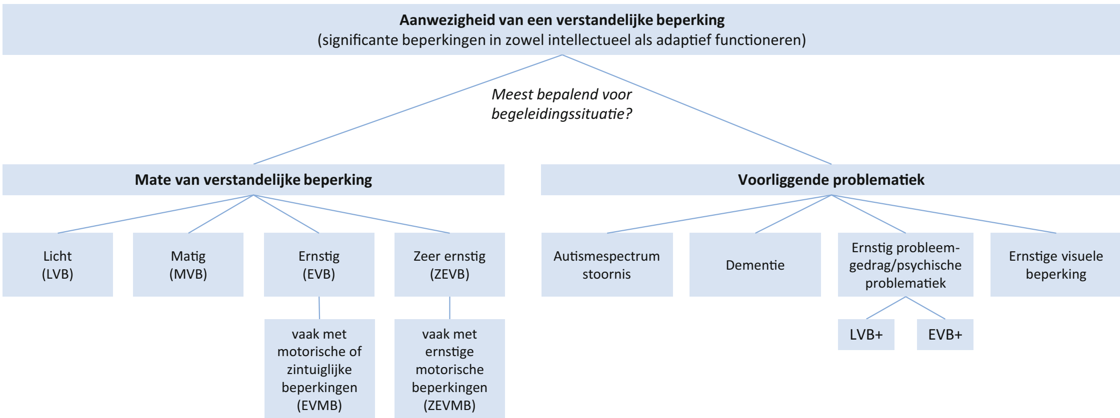
Voorliggende problematiek

Naast doelgroepen op basis van de mate van VB, zijn er ook doelgroepen te onderscheiden op basis van voorliggende problematiek. Met voorliggende problematiek wordt een chronische beperking, stoornis of ziekte bedoeld die een dermate grote invloed heeft op iemands leven en ondersteuningsbehoefte dat dit bepalender is voor de begeleiding en ondersteuning dan de mate van VB. Welke voorliggende problematieken kunnen worden onderscheiden? Hiervoor zijn geen overzichtsartikelen gevonden. Derhalve is gericht gezocht naar definities van voorliggende problematiek, zoals de uitgebreide definities die Embregts en collega's recent hebben opgesteld voor mensen met LVB en ernstig probleemgedrag/ernstige psychische problematiek (LVB+; Embregts et al., 2020)

en mensen met EVB en ernstig, persistent probleemgedrag (EVB+, Embregts et al., 2021). Daarnaast is ook in de (potentiële) methodieken gekeken voor welke voorliggende problematiek deze bestemd zijn, met andere woorden welke problematiek vergt van begeleiders een specifieke aanpak? Uit deze inventarisatie kwamen de volgende doelgroepen op basis van voorliggende problematiek naar voren (figuur 6.2):

- Autismespectrumstoornis
- Dementie
- Ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek, onder te verdelen in
    - LVB+ (Embregts et al., 2020), inclusief mensen met een SGLVG-indicatie (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt)
    - EVB+ (Embregts et al., 2021), inclusief mensen met een SGEVG-indicatie (sterk gedragsgestoord ernstig verstandelijk gehandicapt)
- Ernstige visuele beperking, inclusief doofblindheid

Het gaat hierbij om voorliggende problematiek, met andere woorden de autismespectrumstoornis, dementie, visuele beperking of het probleemgedrag is dermate ernstig dat het voorliggend wordt ten opzichte van de VB. Van bijkomende problematiek gaat het over naar voorliggende problematiek. Autistiform gedrag, het dragen van een bril of milde cognitieve achteruitgang maken dus niet dat iemand in deze doelgroep wordt ingedeeld. Daarvoor moet de problematiek ernstiger van aard zijn. Om te bepalen of problematiek voorliggend of bijkomend van aard is, is gedegen (multidisciplinaire) diagnostiek nodig en adequate afstemming tussen behandelaren, begeleiders en verwanten (driehoek) essentieel.



Figuur 6.2. Overzicht van doelgroepen op basis van mate van VB (links) of op basis van voorliggende problematiek (rechts).

6.3. Stap 3: Van potentiële begeleidingsmethodiek (inventarisatie) naar begeleidingsmethodiek (evaluatie)

6.3.1. Inventarisatie van potentiële begeleidingsmethodieken

Om een overzicht te krijgen van bestaande methodieken in Nederland en Nederlandstalig België (Vlaanderen) werd een literatuuronderzoek opgezet, bestaande uit drie delen:

1) Engelstalige wetenschappelijke literatuur
2) Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur
3) Grijze literatuur, dat wil zeggen openbare bronnen over methodieken die niet aan collegiale toetsing (peerreview) zijn onderworpen, zoals rapporten en websites

Engelstalige wetenschappelijke literatuur

Op het eerste oog lijkt het misschien onlogisch om de Engelstalige wetenschappelijke literatuur te doorzoeken terwijl gezocht wordt naar begeleidingsmethodieken die toepasbaar zijn in Nederland. Echter, met name onderzoeksuitkomsten van universiteiten en hogescholen worden regelmatig in Engelstalige wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd, waarbij er lang niet altijd een Nederlandstalige versie verschijnt. Daarom is in de Engelstalige literatuur gezocht naar begeleidingsmethodieken waarbij gefilterd is op auteurs met een Nederlandse of Vlaamse affiliatie.

Met behulp van de definitie van begeleidingsmethodiek en de bijbehorende criteria is een zoekstrategie opgesteld voor het doorzoeken van elektronische databases van wetenschappelijke literatuur. De zoekstring werd opgesteld volgens de PICO-formule (Population, Intervention, Control/Comparison, Outcome) (cochranelibrary.com/about/pico-search) en met behulp van de Centrale Medische Bibliotheek van het UMCG geoptimaliseerd. Literatuur over de gehandicaptenzorg is niet gebundeld in één database te vinden. Gezien het multidisciplinaire karakter van deze sector is daarom gezocht in vier databases met ieder een eigen focus, te weten PubMed (gericht op medische literatuur), Scopus (gericht op onder andere levenswetenschappen, sociale wetenschappen en gezondheidswetenschappen), PsycINFO (gericht op psychologische literatuur) en CINAHL (gericht op verpleegkundige en paramedische literatuur). Deze vier databases zijn doorzocht op Engelstalige artikelen over methodieken die in Nederland of Vlaanderen zijn onderzocht. Tabel 6.1 toont de zoekstring.

Tabel 6.1. Zoekstring toegepast in PubMed, Scopus, PsycINFO en Cinahl

PubMed

(((“Psychosocial Intervention”[Mesh] OR Assistance[Title/Abstract] OR Caregiv*[Title/Abstract] OR Guidance[Title/Abstract] OR Guide[Title/Abstract] OR Mentoring[Title/Abstract] OR Psychosocial[Title/Abstract] OR Psychological[Title/Abstract] OR Supervision[Title/Abstract] OR Support[Title/Abstract]) AND (“methods” [Subheading] OR Approach*[Title/Abstract] OR Intervention*[Title/Abstract] OR Method*[Title/Abstract] OR Model*[Title/Abstract] OR Practice[Title/Abstract] OR Procedure*[Title/Abstract] OR Program*[Title/Abstract] OR Strateg*[Title/Abstract] OR System*[Title/Abstract] OR Training*[Title/Abstract] OR Vision*[Title/Abstract]) AND (“Intellectual Disability”[Mesh] OR “Persons with Mental Disabilities”[Mesh] OR Intellectual Development Disorder*[Title/Abstract] OR Intellectual Disabilit*[Title/Abstract] OR Learning Disabilit*[Title/Abstract] OR Intellectually disabled[Title/Abstract] OR Mental Retardation[Title/Abstract] OR Mentally retarded[Title/Abstract]) NOT (animals [Mesh] NOT humans [Mesh]) NOT (“Review” [Publication Type] OR “Meta-Analysis” [Publication Type] OR “Systematic Review” [Publication Type] OR review[ti] OR “Meta-Analysis” [ti])) AND ((“Netherlands”[AD] OR “Belgium”[AD] OR “Netherlands”[CN] OR “Belgium”[CN] OR “Netherlands”[PL] OR “Belgium”[PL]) OR (“Netherlands”[Mesh] OR “Belgium”[Mesh] OR “Netherlands”[TIAB] OR “Belgium”[TIAB] OR “Netherlands”[TW] OR “Belgium”[TW])) AND English[LA])

Scopus

(TITLE-ABS-KEY((“Psychosocial Intervention” OR assistance OR caregiv* OR guidance OR guide OR mentoring OR psychosocial OR psychological OR supervision OR support) AND (approach* OR intervention* OR method* OR model* OR practice OR procedure* OR program* OR strateg* OR system* OR training* OR vision*) AND (“Intellectual Disability” OR “Persons with Mental Disabilities” OR “Intellectual Development Disorder*” OR “Intellectual Disabilit*” OR “Learning Disabilit*” OR “Intellectually disabled” OR “Mental Retardation” OR “Mentally retarded”)) AND (TITLE-ABS-KEY(netherlands OR belgium) OR AFFILCOUNTRY(netherlands OR belgium)) AND NOT (DOCTYPE(re)) AND NOT ((INDEXTERMS(animals OR animal)) AND NOT ((INDEXTERMS(humans OR human)))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010))

PsychINFO

(TI Assistance OR AB Assistance OR TI Caregiv* OR AB Caregiv* OR TI Guidance OR AB Guidance OR TI Guide OR AB Guide OR TI Mentoring OR AB Mentoring OR TI Psychosocial OR AB Psychosocial OR TI Psychological OR AB Psychological OR TI Supervision OR AB Supervision OR TI Support OR AB Support) AND (TI Approach* OR AB Approach* OR TI Intervention* OR AB Intervention* OR TI Method* OR AB Method* OR TI Model* OR AB Model* OR TI Practice OR AB Practice OR TI Procedure* OR AB Procedure* OR TI Program* OR AB Program* OR TI Strateg* OR AB Strateg* OR TI System* OR AB System* OR TI Training* OR AB Training* OR TI Vision* OR AB Vision*)
AND (DE “Intellectual Development Disorder” OR DE “Mental Retardation” OR TI “Intellectual Development Disorder*” OR AB “Intellectual Development Disorder*” OR TI “Intellectual Disabilit*” OR AB “Intellectual Disabilit*” OR TI “Learning Disabilit*” OR AB “Learning Disabilit*” OR TI “Intellectually disabled” OR AB “Intellectually disabled” OR TI “Mental Retardation” OR AB “Mental Retardation” OR TI “Mentally retarded” OR AB “Mentally retarded”)
AND (AF “Netherlands” OR AF “Belgium” OR PL “Netherlands” OR PL “Belgium” OR SU “Netherlands” OR SU “Belgium” OR TI “Netherlands” OR AB “Netherlands” OR TI “Belgium” OR AB “Belgium”)
NOT (PO animal not PO human)
NOT (PT “Review” OR PT “meta-analysis” OR PT “Systematic Review” OR TI review OR TI meta-analysis)

CINAHL

(MH “Psychosocial Intervention+” OR TI Assistance OR AB Assistance OR TI Caregiv* OR AB Caregiv* OR TI Guidance OR AB Guidance OR TI Guide OR AB Guide OR TI Mentoring OR AB Mentoring OR TI Psychosocial OR AB Psychosocial OR TI Psychological OR AB Psychological OR TI Supervision OR AB Supervision OR TI Support OR AB Support) AND (TI Approach* OR AB Approach* OR TI Intervention* OR AB Intervention* OR TI Method* OR AB Method* OR TI Model* OR AB Model* OR TI Practice OR AB Practice OR TI Procedure* OR AB Procedure* OR TI Program* OR AB Program* OR TI Strateg* OR AB Strateg* OR TI System* OR AB System* OR TI Training* OR AB Training* OR TI Vision* OR AB Vision*) AND (MH “Intellectual Disability+” OR MH “Mentally Disabled Persons+” OR TI “Intellectual Development Disorder*” OR AB “Intellectual Development Disorder*” OR TI “Intellectual Disabilit*” OR AB “Intellectual Disabilit*” OR TI “Learning Disabilit*” OR AB “Learning Disabilit*” OR TI “Intellectually disabled” OR AB “Intellectually disabled” OR TI “Mental Retardation” OR AB “Mental Retardation” OR TI “Mentally retarded” OR AB “Mentally retarded”) AND (AF “Netherlands” OR AF “Belgium” OR CA “Netherlands” OR CA “Belgium” OR MH “Netherlands” OR MH “Belgium” OR TI “Netherlands” OR AB “Netherlands” OR TI “Belgium” OR AB “Belgium”) NOT (((MH “Animals+”) OR (MH “Animal Studies”) OR (TI “animal model*”)) NOT (MH “human”)) NOT (PT “Review” OR PT “Meta Analysis” OR PT “Systematic Review” OR TI review OR TI meta-analysis)

Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur

Naast Engelstalige artikelen zijn ook de archieven van Nederlandstalige, peerreviewed wetenschappelijke tijdschriften doorzocht, te weten:

- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)
- Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)
- Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk
- Tijdschrift voor Psychiatrie

In de Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur is getracht te zoeken met overeenkomstige zoektermen als in het Engels, zij het dat de zoektermen los van elkaar of in verschillende combinaties werden gebruikt, omdat de zoekfuncties van online tijdschriften en webpagina’s beperkt zijn. Lang niet altijd kon met meer dan één zoekterm gezocht worden. De volgende zoektermen zijn onder andere gebruikt:

> Methode OF methodologie OF model OF interventie OF filosofie OF methodiek* OF begeleiding OF begeleidingsprogramma OF begeleidingsmodel OF programma OF ondersteuning OF ondersteuningsmodel OF therapie OF training

Deze zoektermen zijn meestal gecombineerd met zoektermen voor VB (en synoniemen):

> LVB OF VB OF verstandelijke beperking* OF verstandelijke handicap OF verstandelijk gehandicapt OF mentale retardatie OF retardatie OF ontwikkelingsstoornis OF verstandelijke ontwikkelingsstoornis* OF intellectuele stoornis*

Grijze literatuur

Ook grijze literatuur is doorzocht, waarbij de zoektocht zich heeft gericht op de volgende selectie van landelijke bronnen:

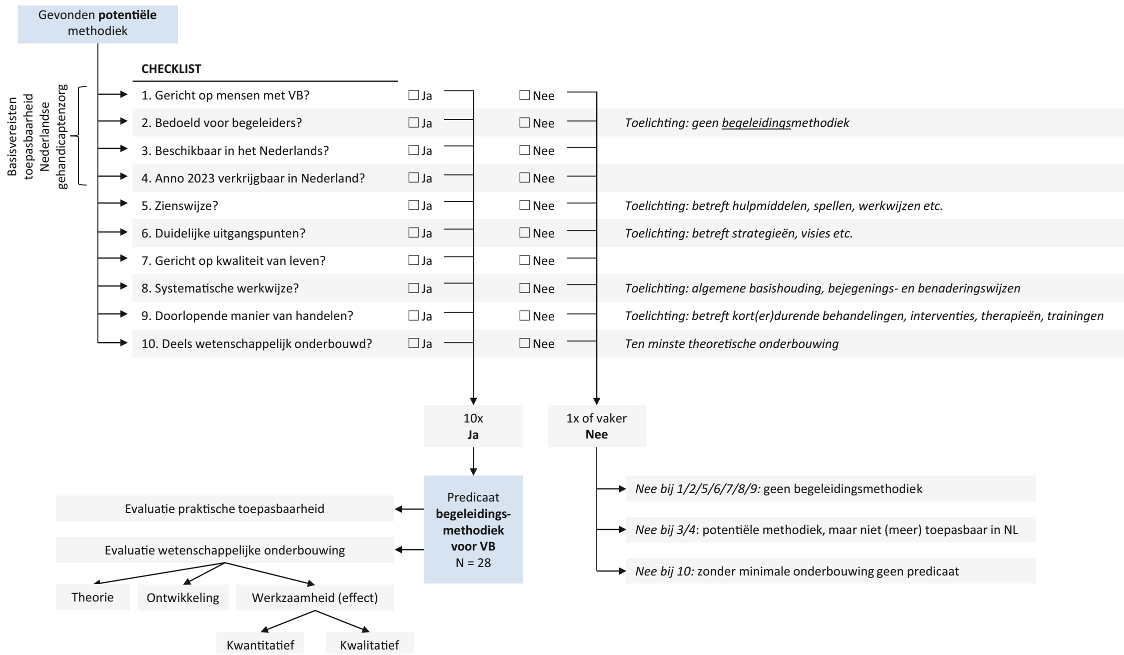
- Bronnenboek van het project 'Een instrument voor basiscontact tussen begeleiders en personen met ernstig meervoudige beperkingen' (Schuurman & De Geeter, 2015)
- Google Scholar
- Grijze Literatuur in Nederland (GLIN)
- Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden (Twint & De Bruijn, 2014)
- Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden (De Bruijn & Twint, 2019)
- Kennisplein Gehandicaptensector
- Landelijk Kenniscentrum LVB
- Nederlands Jeugdinstituut
- Nivel-catalogus
- Platform EMG
- Tijdschrift voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (niet peerreviewed)
- Trimbos
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Vilans, inclusief *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg*

Aanvullend werd een intern Alliade-document meegenomen met methodieken die binnen Alliade worden of werden gebruikt. Net als in de Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur is in de grijze literatuur getracht te zoeken met overeenkomstige zoektermen als in het Engels, zij het dat de zoektermen los van elkaar of in verschillende combinaties werden gebruikt, omdat de zoekfuncties van online tijdschriften en webpagina's geen uitgebreide zoekmogelijkheden bevatten.

6.3.2. Evaluatie van potentiële begeleidingsmethodieken aan de hand van de criteria van een begeleidingsmethodiek

Het zoeken in openbare bronnen resulteerde in een lange lijst potentiële begeleidingsmethodieken. Met oog op de afbakening van de zoekstrategie zijn potentiële begeleidingsmethodieken meegenomen waarvan openbare bronnen gevonden zijn uit of na 2010, met andere woorden: de potentiële begeleidingsmethodiek is na 2010 nog door-

ontwikkeld, geactualiseerd of er is over gepubliceerd. De grens van 2010 wordt gesteld omdat de American Association of Intellectual and Developmental Dissabilities (AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification, 2010) de definitie van VB in dat jaar heeft bijgesteld. Alliade onderschrijft deze definitie van de doelgroep. Vervolgens zijn de potentiële begeleidingsmethodieken langs de meetlat van de eerdergenoemde criteria gelegd (figuur 6.3). Er is geen sprake van hiërarchie in de criteria: aan álle tien criteria moet worden voldaan om het predicaat begeleidingsmethodiek te krijgen. Voldoet de kandidaat aan één of meer criteria niet, dan duiden we deze niet als begeleidingsmethodiek en wordt deze niet verder meegenomen in dit boek.



Figuur 6.3. Beoordelingsproces voor potentiële begeleidingsmethodieken: checklist met tien criteria waaraan moet worden voldaan voor het predicaat begeleidingsmethodiek. Wanneer aan alle tien criteria is voldaan, wordt per begeleidingsmethodiek verdiepend literatuuronderzoek gedaan om een volledige beschrijving op te stellen, inclusief de praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing.

Engelstalige wetenschappelijke literatuur

De Engelstalige wetenschappelijke literatuur is doorzocht door twee onderzoekers. De zoekstrategie in vier databanken resulteerde na ontdubbeling in 955 mogelijk relevante artikelen (figuur 6.5). De artikelen zijn vervolgens in Rayyan, een online programma

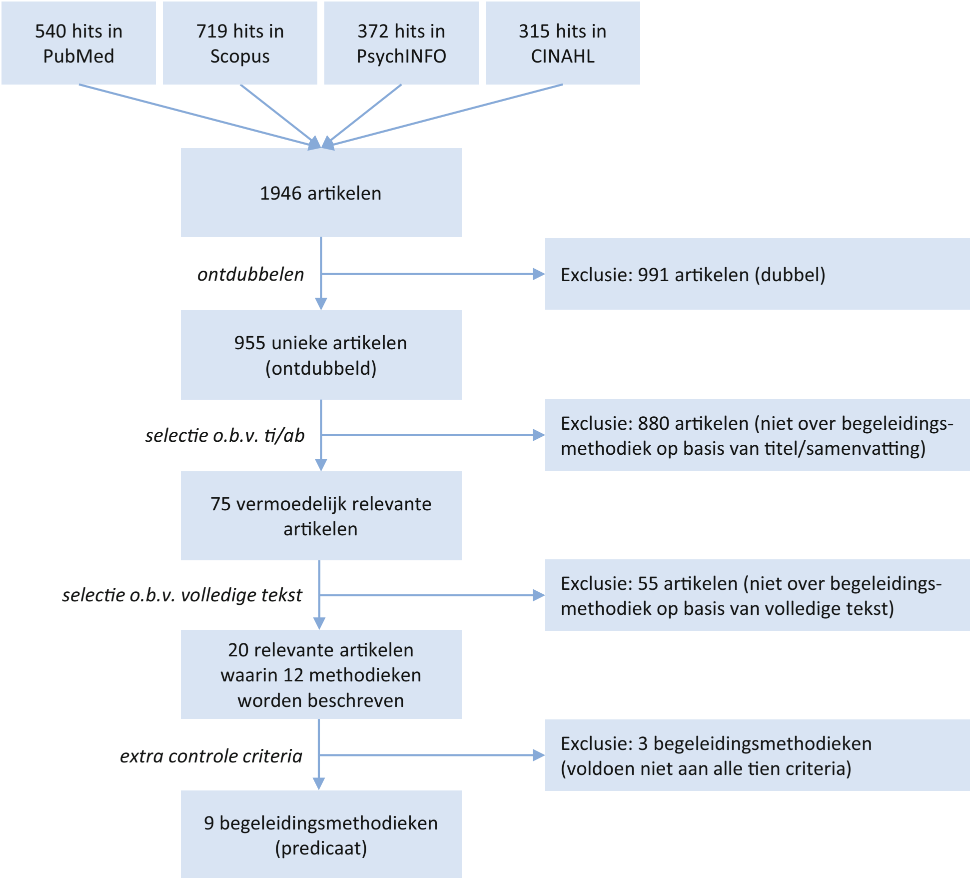
voor het screenen van artikelen ten behoeve van systematisch literatuuronderzoek (Ouzzani et al., 2016), gescreend en geselecteerd op basis van titel en samenvatting, aan de hand van de tien criteria. Door de beperkte informatie die in de titel en de samenvatting wordt gegeven konden niet altijd alle tien criteria worden beoordeeld. Bij twijfel is er daarom voor gekozen het artikel over zo'n potentiële begeleidingsmethodiek mee te nemen naar de volgende stap. Op basis van de titel en samenvatting zijn uiteindelijk 75 artikelen geselecteerd. Daarvan is de gehele tekst gelezen om deze volledig te beoordelen aan de hand van de criteria.

Op deze manier werd de selectie teruggebracht tot twintig relevante artikelen waarin twaalf verschillende methodieken aan bod kwamen, te weten: Care for Participation+ (Zorg voor Participatie+), Contact program (Contact), Dementia Care Mapping (DCM), Family-centered approach, Integrated Emotion-oriented Care (Belevingsgerichte zorg), On your own two feet (Op Eigen Benen), Own Initiative Model (Eigen Initiatief Model), Positive Behavioral Support, Project Change, Solution-focused support (Oplossingsgericht werken), Support programme (Vlaskamp/Perspectief) en Triple-C. Omdat de informatie in een artikel soms niet volledig uitsluitsel gaf, is na bespreking en het zoeken van aanvullende bronnen alsnog voor Family-centered approach, Positive Behavioral Support en Project Change geconcludeerd dat zij niet voldoen aan alle tien criteria voor een begeleidingsmethodiek. In de Engelstalige wetenschappelijke literatuur zijn daarmee negen begeleidingsmethodieken gevonden (figuur 6.4).

Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur

Gezien de beperkte zoekmogelijkheden in de archieven van Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur, kon hier minder systematisch geselecteerd worden. De zoektocht in deze bronnen resulteerde in 124 documenten, waar na toepassing van de selectiecriteria 28 methodieken uit konden worden gehaald.

De methodieken uit de drie zoektochten (Engels wetenschappelijke literatuur, Nederlandse wetenschappelijke literatuur, grijze literatuur) overlapten deels; de dubbelingen werden verwijderd. De gevonden methodieken werden nogmaals langs de lat van alle criteria gelegd en in het onderzoeksteam besproken. Bij twijfel over het al dan niet voldoen aan een of meerdere criteria werd hierop nader gecontroleerd. Op basis van consensus werd uiteindelijk een keuze gemaakt en een lijst met 28 begeleidingsmethodieken samengesteld.



Figuur 6.4. Stroomschema van de Engelstalige wetenschappelijke literatuur: van 1946 hits in vier databanken tot negen begeleidingsmethodieken. Ti/ab: titel en abstract (samenvatting).

6.4. Stap 4: Literatuuronderzoek in openbare bronnen per begeleidingsmethodiek

De potentiële begeleidingsmethodieken die voldeden aan alle tien criteria kregen het predicaat begeleidingsmethodiek. Dit bleken er 28 te zijn die vervolgens nader werden bestudeerd en in detail beschreven (stap 5). Hiervoor is per begeleidingsmethodiek naar openbare bronnen gezocht die op dit moment openbaar beschikbaar zijn. Voor het zoeken naar bronnen over een methodiek werd het onderzoeksteam opgedeeld in tweetallen die elk een aantal begeleidingsmethodieken en bijbehorende literatuur onder hun hoede namen. Elk tweetal selecteerde relevante artikelen onafhankelijk van elkaar. Na elke stap in het zoekproces werd overlegd om consensus te bereiken, voordat de volgende stap in het zoekproces werd genomen. De bronnen over de begeleidingsmethodiek zijn onderverdeeld op basis van herkomst (Nederland/Vlaanderen versus buitenland). Voor Nederland/Vlaanderen zijn de volgende bronsoorten geraadpleegd:

- Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)
- Proefschriften
- Boeken
- Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview
- Samenvattende documenten (brochures, rapporten)
- Scripties
- Webpagina's

Voor begeleidingsmethodieken met oorsprong in het buitenland die nu ook in Nederland en Vlaanderen worden gebruikt, werden eveneens wetenschappelijke artikelen en proefschriften (en incidenteel boeken) meegenomen waarin onderzoek staat beschreven over deze begeleidingsmethodiek in het buitenland. Dit geldt niet voor de overige bronsoorten (onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview, samenvattende documenten en scripties).

Er is uitgebreid en op verschillende manieren gezocht naar grijze literatuur, zoals boeken, onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview, samenvattende documenten, scripties en websites. Doordat hiervoor geen goede, specifieke zoekmachine bestaat zoals PubMed en Scopus voor wetenschappelijke artikelen, bestaat ondanks de herhaaldelijke zoektocht toch de kans dat bronnen zijn gemist. We roepen ontwikkelaars en lezers op om deze bronnen bij ons te melden voor een volgende druk (zie Disclaimer).

Alleen openbare bronnen zijn meegenomen. Interne stukken van zorginstellingen, linkjes naar websites die uit de lucht zijn of boeken die niet meer verkrijgbaar zijn, werden niet meegenomen. In de onderstaande tabel wordt gespecificeerd wat in dit onderzoek onder openbaar wordt verstaan, gerubriceerd per bronsoort.

Bronsoort	Definitie + toelichting wat wordt verstaan onder openbaar
Wetenschappelijk artikel	Betreft: artikelen onderworpen aan onafhankelijke, collegiale toetsing (peerreview), gepubliceerd in een wetenschappelijk tijdschrift (Nederlandstalig of Engelstalig). *Digitale artikelen* • Gratis (open access) te downloaden van elektronische databases, website van het tijdschrift of de uitgeverij. • Artikelen in een abonnementstijdschrift (geen open access) te downloaden via het uitgebreide abonnement van de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen. *Gedrukte artikelen (niet digitaal beschikbaar)* • Artikelen in een abonnementstijdschrift (geen open access) te leen uit de collectie van de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen.
Proefschriften	Betreft: dissertaties aan een geaccrediteerde universiteit. *Digitale proefschriften* • Gratis (open access) te downloaden van een proefschriftdatabank van de desbetreffende universiteit of van een webpagina over de begeleidingsmethodiek. *Gedrukte proefschriften (niet digitaal beschikbaar)* • Te leen uit de collectie van de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen.
Boeken	Betreft: uitgaves met een ISBN-nummer (met uitzondering van proefschriften), meestal van een uitgeverij of incidenteel van een zorginstelling (uitgave in eigen beheer). *Digitale boeken (e-boeken)* • Gratis (open access) te downloaden van bijvoorbeeld de website van de begeleidingsmethodiek. • Betaalde boeken (geen open access), te downloaden van de SmartCat van de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen. *Gedrukte boeken (niet digitaal beschikbaar)* • Artikelen in een abonnementstijdschrift (geen open access), te leen uit de collectie van de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen, de Alliade Bibliotheek of te bestellen (anno 2023) in een webshop.
Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview	Betreft: Nederlandstalige artikelen of verslagen waarin uitkomsten van onderzoek worden opgetekend die niet zijn onderworpen aan onafhankelijke, collegiale toetsing. Alleen digitale versies zijn meegenomen. • Gratis (open access) artikelen gepubliceerd in een niet-peerreviewed tijdschrift, te downloaden van de website van het tijdschrift, de uitgeverij of een webpagina over de begeleidingsmethodiek. • Betaalde digitale artikelen (tijdschrift met abonnement), te downloaden via de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen. • Gratis (open access) handleidingen en verslagen over de begeleidingsmethodiek met daarin beschrijving van onderzoeksuitkomsten.

Bronsoort	Definitie + toelichting wat wordt verstaan onder openbaar
Samenvattende documenten (brochures en rapporten)	Betreft: Nederlandstalige bronnen waarin informatie over de begeleidingsmethodiek is gebundeld. Alleen digitale versies zijn meegenomen. • Gratis (open access) brochures waarin informatie over de begeleidingsmethodiek is samengevat. • Gratis (open access) samenvattende interventiebeschrijvingen van landelijke databanken, te downloaden van de *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg* (Vilans), de *Databank effectieve jeugdinterventies* (Nederlands Jeugdinstituut) of de *Databank effectieve sociale interventies* (Movisie). • Gratis (open access) samenvattende rapporten, te downloaden van landelijke vindplaatsen zoals Kennisplein Gehandicaptensector.
Scripties	Betreft: verslaglegging van (afstudeer)onderzoek door studenten aan Nederlandse hogescholen of universiteiten. Alleen digitale versies zijn meegenomen. • Gratis (open access) te downloaden van de HBO Kennisbank, een scriptiedatabank van de desbetreffende onderwijsinstelling of van de website van de begeleidingsmethodiek.
Webpagina's	Betreft: een Nederlandstalige, online vindplaats met informatie over de begeleidingsmethodiek. • Webpagina's die anno 2023 beschikbaar zijn, meestal van de ontwikkelaar zelf of van landelijke verzamelplaatsen als het Kennisplein Gehandicaptensector.

6.4.1. Doelgroep per begeleidingsmethodiek

Om alle 28 begeleidingsmethodieken in te delen op doelgroep(en) zijn de openbare bronnen bestudeerd. In *De Grote Methodiekengids* worden de begeleidingsmethodieken ingedeeld bij de doelgroep waarvoor de begeleidingsmethodiek is onderzocht. Er wordt per begeleidingsmethodiek aangegeven of dit op basis van effectonderzoek is of niet. Is dat niet het geval, dan wordt de doelgroep aangehouden waarvoor de methodiek oorspronkelijk is ontwikkeld. Het bleek dat ontwikkelaars regelmatig de ontwikkeling/onderbouwing op de ene doelgroep baseerden en vervolgens in een later stadium, zonder traceerbare onderbouwing, op hun website en in documenten stelden dat de begeleidingsmethodiek ook geschikt is voor andere doelgroepen. Hierin gaan wij niet mee. De begeleidingsmethodiek is alleen opgenomen voor de doelgroep(en) waarvoor onderbouwing is gevonden: verantwoording van de ontwikkeling, verantwoording van de doorontwikkeling naar een andere doelgroep en/of onderzoek naar de werkzaamheid. De doelgroepen worden bepaald door de mate van VB of voorliggende problematiek.

6.4.2. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

Het Zorginstituut stelt in het *Kader Passende zorg* dat waardegedreven zorg begint met "de beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk" en dat "zorg effectief en doelmatig

bijdraagt aan het leven van mensen" (Zorginstituut Nederland, 2022). Als het gaat over begeleidingsmethodieken, dan betekent dit een zorgvuldige balans tussen wetenschappelijke onderbouwing en praktische toepasbaarheid. Immers, een goed onderbouwde begeleidingsmethodiek die te veel tijd kost, is onuitvoerbaar gezien de personeelsschaarste. Andersom, middelen vrijmaken om een interessante begeleidingsmethodiek in te voeren waarvan de werkzaamheid niet aangetoond is, is niet doelmatig. In het gezamenlijke rapport *Erkenning van interventies: criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019-2022* (Kenniscentrum Sport & Bewegen et al., 2021) van onder andere het Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Vilans worden ten aanzien van de uitvoerbaarheid een aantal factoren beschreven. Samengevat zijn de belangrijkste hierin:

- Verkrijgbaarheid van benodigde materialen
- Overdraagbaarheid van interventie, inclusief implementatieplan
- Specificatie van essentiële randvoorwaarden voor uitvoering, waaronder personele inzet, tijdsbesteding, kosten, opleiding
- Kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek naar de uitvoering; resultaten zijn beschikbaar

Hieruit zijn de volgende aspecten gedestilleerd die voor alle begeleidingsmethodieken zijn uitgezocht in de openbare bronnen:

- Verkrijgbaarheid van de begeleidingsmethodiek
- Beschikbaarheid van Nederlandstalig naslagwerk
- Beschikbaarheid van implementatieplan
- Beschikbaarheid van scholing (inclusief scholingskosten en certificering)
- Benodigde inzet per cliënt

Om een mogelijke blinde vlek te voorkomen ten aanzien van relevante praktische aspecten, heeft een orthopedagoog-generalist in opleiding een scriptieonderzoek gedaan binnen dit methodiekenonderzoek waarin werd uitgezocht of begeleiders, behandelaren en managers de punten die in het rapport genoemd worden onderschrijven, en of zij nog aanvullende aspecten van belang achten in het kader van de praktische toepasbaarheid. Grotendeels gestoeld op de rapporten *Implementatie van erkende effectieve interventies in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg* (Bemelmans et al., 2022) en *Erkenning van interventies: criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019-2022* (Kenniscentrum Sport & Bewegen et al., 2021) is een enquête met gesloten vragen opgesteld. In een periode van

twee weken zijn 39 volledige enquêtes (11 begeleiders, 27 behandelaren, 1 manager) ingevuld. In onderstaande tabel zijn de aspecten naar aanleiding van de rapporten weergegeven. Per aspect werd de geënquêteerde medewerkers gevraagd of zij dit zouden willen weten als het gaat om de praktische toepasbaarheid van een begeleidingsmethodiek. Er kon 'ja' of 'nee' worden geantwoord.

Vraag	% ja	Waar te vinden in de beschrijving?
Wat de belasting is voor medewerkers?	76,9	6. Praktische toepasbaarheid > Benodigde inzet per cliënt
Of er eisen gesteld worden aan de medewerkers die de methodiek uitvoeren?	79,5	6. Praktische toepasbaarheid > Scholing en certificering
Of er een handleiding beschikbaar is?	74,4	6. Praktische toepasbaarheid > Naslagwerk
Hoe de werkwijze van de methodiek eruitziet?	89,7	4. Systematische werkwijze 5. Doorlopende manier van handelen
Of er hulpmiddelen beschikbaar/nodig zijn voor het gebruik van de methodiek?	79,5	4. Systematische werkwijze 6. Praktische toepasbaarheid > Naslagwerk
Hoe de kennis van de methodiek actueel blijft? Denk bijvoorbeeld aan scholingen, intervisie, et cetera.	92,3	6. Praktische toepasbaarheid > Scholing, scholingskosten en certificering
Hoe de methodiek geïmplementeerd dient te worden?	89,7	6. Praktische toepasbaarheid > Implementatieplan
Aan welke eisen/verwachtingen de organisatie/locatie moet voldoen om de methodiek goed uit te voeren?	92,3	6. Praktische toepasbaarheid > Implementatieplan
Of en hoe er samenwerking is met andere organisaties?	56,4	-
Wat de kosten zijn voor implementeren/scholen/uitvoeren van de methodiek?	51,3	6. Praktische toepasbaarheid > Scholingskosten

Hoewel deze enquête niet volledig representatief is, wordt de relevantie van de items benadrukt door het belang dat medewerkers aan deze items hechten. In de derde kolom van de tabel worden de secties van de beschrijving per begeleidingsmethodiek genoemd waarin deze items aan bod komen (zie 6.5).

Op de open vraag wat de medewerkers verder nog belangrijk vinden om te kunnen beoordelen of een begeleidingsmethodiek praktisch toepasbaar is, werden in totaal 82 antwoorden gegeven. De meeste antwoorden worden geadresseerd in de beschrijving per begeleidingsmethodiek. Daarom is in de rechter kolom aangegeven waar deze informatie mogelijkerwijs te vinden is in de beschrijving. De volgende aspecten werden het vaakst genoemd (linker kolom):

Aanvullende vragen/aspecten	Waar te vinden in de beschrijving?
Doelgroep	Overzicht Algemene beschrijving 7. Wetenschappelijke onderbouwing
Wetenschappelijke onderbouwing	7. Wetenschappelijke onderbouwing
Werkwijze en vorm van evalueren	4. Systematische werkwijze 5. Doorlopende manier van handelen
Aansluiting bij visie van organisatie	1. Zienswijze 2. Uitgangspunten
Combineerbaarheid van methodieken	n.v.t.
Ervaringen met de methodiek van elders, inclusief cliënten en verwanten	7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek
Rol van verwanten in methodiek	Algemene beschrijving (indien van toepassing)
Uiteindelijke doel	3. Doel

De uitkomsten uit deze open vraag bevestigen dat de beschrijving (zie 6.5) compleet is. Op de combineerbaarheid van methodieken wordt niet verder ingegaan. In *De Grote Methodiekengids* wordt het uitgangspunt gehanteerd dat begeleiders met één begeleidingsmethodiek werken.

In de ideale situatie kunnen de genoemde aspecten van praktische toepasbaarheid inzichtelijk gemaakt worden op basis van informatie uit openbare bronnen. Helaas moeten we in dit onderzoek concluderen dat veel informatie niet bekend is; zo specificeert vrijwel geen enkele begeleidingsmethodiek de benodigde inzet van begeleiders per cliënt. Hoogstwaarschijnlijk wordt dit duidelijker tijdens het volgen van een scholing, maar het is juist wenselijk dat instellingen vergelijkend methodiekenonderzoek kunnen doen vóórdat ze mensen en middelen inzetten op een specifieke begeleidingsmethodiek. Ook de kosten en details over certificering zijn veelal onduidelijk. De informatie in dit boek is dus niet compleet, maar is wat we konden vinden in openbare bronnen.

6.4.3. Wetenschappelijke onderbouwing

Een goede wetenschappelijke onderbouwing van een begeleidingsmethodiek draagt bij aan hogere kwaliteit, legitimeert het handelen, versterkt de doelmatigheid van de geboden zorg en geeft vertrouwen in de werkzaamheid en toepasbaarheid van een begeleidingsmethodiek. Van elke begeleidingsmethodiek die werd gevonden in de literatuur werd de wetenschappelijke onderbouwing vastgesteld op basis van openbare bronnen. Het onderzoeksteam heeft na onderling overleg een procedure opgesteld voor het vast-

stellen van de mate van wetenschappelijke onderbouwing. Hierbij werden de volgende vier aspecten in kaart gebracht:

- *Theoretische onderbouwing*
  Allereerst werd nagezocht of de begeleidingsmethodiek gebaseerd is op een theorie of een bestaand model.
- *Verantwoording van de ontwikkeling van de begeleidingsmethodiek als geheel*
  In de ideale situatie is de totstandkoming van de begeleidingsmethodiek als geheel verantwoord in wetenschappelijke en/of grijze literatuur. Is de begeleidingsmethodiek op de achterkant van een bierviltje bedacht of ligt er een zorgvuldig ontwikkelproces aan ten grondslag dat navolgbaar is? Per begeleidingsmethodiek bepaalden we of de ontwikkeling wel of niet beschreven is in openbare bronnen. Zo ja, dan werd bepaald of deze ontwikkeling controleerbaar is of niet. Controleerbaar wil zeggen dat de resultaten openbaar zijn gepubliceerd in een artikel, boek, scriptie et cetera. Het gaat hierbij overigens om de ontwikkeling van de begeleidingsmethodiek als geheel. De ontwikkeling van individuele hulpmiddelen in de begeleidingsmethodiek zegt niets over het totale concept van de begeleidingsmethodiek. Immers, als alleen een hulpmiddel onderbouwd is en de rest van de methodiek niet, dan zet dit vraagtekens bij de doelmatigheid van het geheel. Bovendien werd de verantwoording alleen meegenomen voor mensen met VB. Als een begeleidingsmethodiek is ontwikkeld in een andere sector, bijvoorbeeld de ouderenzorg of GGZ en later is aangepast naar de gehandicaptenzorg, dan moet de aanpassing naar de gehandicaptenzorg zijn verantwoord.
- *Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek*
  Heeft het inzetten van de begeleidingsmethodiek daadwerkelijk effect? Hiervoor worden de resultaten van kwantitatief onderzoek opgehaald en met een stappenplan beoordeeld.
  1) Allereerst was de vraag of er überhaupt kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid is verricht. Bij diverse begeleidingsmethodieken was dit niet het geval. Hierbij werden beschreven bevindingen op basis van vragenlijsten, enquêtes, et cetera meegenomen.
  2) Wanneer er wel kwantitatief onderzoek was gedaan, was de vraag of de gestelde resultaten controleerbaar zijn of niet. Diverse begeleidingsmethodieken bleken werkzaamheid te claimen terwijl dit niet in openbare bronnen te controleren valt. Controleerbaar wil zeggen dat de resultaten openbaar zijn gepubliceerd in een

artikel, boek, scriptie et cetera en dat het duidelijk wordt hoe de auteurs aan de resultaten zijn gekomen (onderzoeksmethode). Alle bronnen met onderzoeksresultaten zijn meegenomen. Er heeft geen verdere kwaliteitsbeoordeling plaatsgevonden van de onderzoeksmethode.

3) Als de resultaten controleerbaar waren, werd bepaald of er aanwijzingen zijn voor effect, voor een tegenstrijdig effect of dat er geen aanwijzingen voor effect zijn. Onderstaande tabel geeft aan wanneer er wordt gesproken over geen/tegenstrijdige/wel aanwijzingen voor werkzaamheid.

Gradatie	Oordeel
≥ 75% van de controleerbare bronnen zonder aanwijzingen voor werkzaamheid.	Geen aanwijzingen
Gelijke bevindingen in < 75% van de controleerbare bronnen (binnen bron of tussen bronnen).	Tegenstrijdig
≥ 75% van de controleerbare bronnen met positieve aanwijzingen voor werkzaamheid.	Wel aanwijzingen

4) Als bleek dat er wel aanwijzingen waren voor effect, werd nader gespecificeerd of het effect matig is of sterk. Onderstaande tabel geeft aan wanneer er wordt gesproken over matig of sterk.

Gradatie	Oordeel
1 controleerbare bron met positieve aanwijzingen voor werkzaamheid.	Matig
≥ 2 verschillende controleerbare bronnen en/of systematische reviews (en/of meta-analyses) met positieve aanwijzingen voor werkzaamheid.	Sterk

- *Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek*

Het zou te beperkt zijn om effect alleen kwantitatief in kaart te brengen. Ervaringen van cliënten, begeleiders en behandelaren zijn ook van groot belang om te bepalen of een begeleidingsmethodiek doet waarvoor deze wordt ingezet. De *Kennisagenda gehandicaptenzorg* onderschrijft dit en stelt dat “het meten van kwaliteit moet uitgaan van deze relatie [tussen professional en cliënt] en er meer aandacht moet komen voor kwalitatieve benaderingen bij het bepalen van de kwaliteit” (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2019). Het *Kader Passende zorg* vult dit verder aan: “Voor zowel nieuwe als bestaande vormen van zorg moet aannemelijk zijn dat zorg effectief en doelmatig bijdraagt aan het leven van mensen. Bij een positief antwoord, komt vervolgens de vraag of het aannemelijk is dat de zorg ook bijdraagt aan de gezondheid

van de unieke cliënt in zijn context" (Zorginstituut Nederland, 2022). Het is juist die brede context, waaronder de sociale context van medebewoners, begeleiders, verwanten en het sociale netwerk, die in de gehandicaptenzorg zo belangrijk is. Veelal is die context lastig te vangen in kwantitatieve uitkomstmaten. Met kwalitatief onderzoek kan een rijker beeld worden geven van verwachtingen en ervaringen. In dit onderzoek is werkzaamheid daarom niet alleen bepaald met kwantitatief onderzoek, maar werden ook de uitkomsten van kwalitatief onderzoek opgehaald en middels een stappenplan beoordeeld. Het stappenplan komt overeen met het stappenplan van kwantitatief onderzoek.

1) Allereerst was de vraag of er überhaupt kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid is verricht. Bij diverse begeleidingsmethodieken was dit niet het geval. Hierbij werden beschreven bevindingen op basis van focusgroepen, interviews, observaties, open vragen, video, et cetera meegenomen. Individuele casuïstiek, meningen zonder dat hier onderzoek naar gedaan leek te zijn en pr-teksten op websites werden buiten beschouwing gelaten.
2) Wanneer kwalitatief onderzoek was gedaan, was de vraag of de gestelde resultaten controleerbaar zijn of niet. Diverse begeleidingsmethodieken bleken kwalitatieve ervaringen te claimen terwijl dit niet in openbare bronnen te controleren valt.
3) Als de resultaten controleerbaar waren, werd bepaald of er aanwijzingen zijn voor effect, voor een tegenstrijdig effect of dat er geen aanwijzingen voor effect zijn. Onderstaande tabel geeft aan wanneer er wordt gesproken over geen/tegenstrijdige/wel aanwijzingen voor werkzaamheid.

Gradatie	Oordeel
≥ 75% van de controleerbare bronnen zonder aanwijzingen voor werkzaamheid.	Geen aanwijzingen
Gelijke bevindingen in < 75% van de controleerbare bronnen (binnen bron of tussen bronnen).	Tegenstrijdig
≥ 75% van de controleerbare bronnen met positieve aanwijzingen voor werkzaamheid.	Wel aanwijzingen

4) Als bleek dat er wel aanwijzingen zijn voor effect, werd nader gespecificeerd of het effect matig is of sterk. Onderstaande tabel geeft aan wanneer er wordt gesproken over matig of sterk.

Gradatie	Oordeel
1 controleerbaar bron met positieve aanwijzingen voor werkzaamheid.	Matig
≥ 2 verschillende controleerbare bronnen en/of systematische reviews (en/of meta-analyses) met positieve aanwijzingen voor werkzaamheid.	Sterk

- Samengevat: voor de wetenschappelijke onderbouwing werd gekeken naar 1) de theoretische onderbouwing, 2) de verantwoording van de ontwikkeling van de begeleidingsmethodiek als geheel, 3) de werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek en 4) de werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek. Deze vier onderdelen zijn geïntegreerd in figuur 6.5 dat voor iedere begeleidingsmethodiek is doorlopen. Aangezien de bevindingen uiteen kunnen lopen en niet altijd eenduidig zijn, wordt toelichting gegeven in het schema (beknopt) en in de tekst (uitgebreider).

Predicaat begeleidingsmethodiek: naam methodiek

7.1. Opgehangen aan een theorie/model?

☐ Ja
☐ Nee

Toelichting:

7.2. Verantwoording van de ontwikkeling als geheel?

☐ Ja, controleerbaar
☐ Ja, niet controleerbaar
☐ Nee

Toelichting:

7.3. Kwantitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting:

7.4. Kwalitatief onderzoek naar werkzaamheid (alle bronnen)

☐ Afwezig
☐ Aanwezig
- ☐ Controleerbaar
  - ☐ Geen aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Tegenstrijdige aanwijzingen voor werkzaamheid
  - ☐ Wel aanwijzingen voor werkzaamheid
    - ☐ Matig
    - ☐ Sterk
- ☐ Niet controleerbaar

Toelichting:

Figuur 6.5. Beoordelingsproces voor de wetenschappelijke onderbouwing per begeleidingsmethodiek.

6.5. Stap 5: Beschrijving per begeleidingsmethodiek

Op basis van het literatuuronderzoek per begeleidingsmethodiek (stap 4), is een gestructureerde beschrijving per begeleidingsmethodiek geschreven (stap 5). Hiervoor is een vast stramien gehanteerd op basis van de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Uit de openbare bronnen werden steeds dezelfde elementen gehaald en gepresenteerd.

Overzicht

De beschrijving van iedere begeleidingsmethodiek begint met een overzichtstabel. De tabel toont de ontwikkelaar(s), de organisatie die momenteel de methodiek beheert in Nederland, de website van de begeleidingsmethodiek, het jaar van ontwikkeling en het jaar waarin de begeleidingsmethodiek voor het laatst geactualiseerd is. De tabel geeft verder aan voor welke doelgroep de begeleidingsmethodiek is ontwikkeld/onderzocht en tot slot voor welke zorgvorm (ambulante begeleiding, werk/dagbesteding, wonen) deze geschikt is. Ten aanzien van het jaar van actualisering moet worden opgemerkt dat het op basis van openbare bronnen veelal onduidelijk bleef of de begeleidingsmethodiek in het vermelde jaar inhoudelijk werd herzien of dat het slechts het jaar betrof waarin een nieuwe druk/herziene versie van een handleiding of boek verscheen. De overzichtstabel heeft steeds dezelfde opzet. Per onderdeel wordt het betreffende antwoord ingevuld dan wel aangekruist en indien nodig voorzien van een toelichting.

Bij begeleidingsmethodieken voor doelgroepen op basis van de mate van VB wordt onderstaande tabel gebruikt:

Overzicht	
Ontwikkelaar(s)	
Organisatie	
Website	
Jaar van ontwikkeling	
Jaar van laatste actualisering	
Doelgroep mate van VB	☐ LVB ☐ MVB ☐ EV(M)B ☐ ZEVMB ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars (VB algemeen)
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:*
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☐ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:*

Bij begeleidingsmethodieken voor doelgroepen op basis van voorliggende problematiek wordt onderstaande tabel gebruikt:

Overzicht	
Ontwikkelaar(s)	
Organisatie	
Website	
Jaar van ontwikkeling	
Jaar van laatste actualisering	
Doelgroep voorliggende problematiek	☐ VB + autismespectrumstoornis ☐ VB + dementie ☐ VB + ernstig probleemgedrag ☐ LVB+ ☐ EVB+ ☐ VB + ernstige visuele beperking
Bij doelgroep onderzocht?	☐ Kwantitatief en/of kwalitatief effectonderzoek (7.3 en 7.4) ☐ Geen effectonderzoek *Toelichting:*
Zorgvorm	☐ Ambulante begeleiding ☐ Werk & dagbesteding ☐ Wonen ☐ Niet nader gespecificeerd door ontwikkelaars *Toelichting:*

Algemene beschrijving

Na de overzichtstabel wordt in de algemene beschrijving de begeleidingsmethodiek verder geïntroduceerd, waarbij met name wordt ingegaan op de doelgroep en de inhoudelijke kernelementen.

1. Zienswijze

In deze sectie wordt de zienswijze of visie van de begeleidingsmethodiek uiteengezet. Het betreft een zienswijze ten aanzien van mensen met VB en/of de problematiek die de begeleidingsmethodiek adresseert. De beschreven zienswijze is niet verder beoordeeld.

2. Uitgangspunten

Een zienswijze is tamelijk 'hoog over'. Op de zienswijze gebaseerde uitgangspunten zijn de concrete(re) standpunten van de begeleidingsmethodiek. De uitgangspunten die in de documentatie van ontwikkelaars werden gevonden, zijn in deze sectie beschreven. De beschreven uitgangspunten zijn niet verder beoordeeld.

3. Doel

In deze sectie wordt beschreven wat het doel of de doelen van de begeleidingsmethodiek zijn. Er wordt afgegaan op wat de ontwikkelaars hier in algemene zin over schrijven. Het hogere doel van iedere begeleidingsmethodiek zou verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met VB moeten zijn. Hoewel specifieke begeleidingsmethodieken veelal concretere doelen hebben, zoals de afname van probleemgedrag, interacties verbeteren, sociale contacten vergroten enzovoorts, dragen ze uiteindelijk bij aan de kwaliteit van leven.

4. Systematische werkwijze

Een begeleidingsmethodiek dient een systematische werkwijze zoals een fasering of stappenplan te bevatten. In deze sectie wordt de werkwijze van de begeleidingsmethodiek uiteengezet. Deze sectie beschrijft bovendien of methodisch werken is verankerd in de methodiek.

5. Doorlopende manier van handelen

Bij mensen met VB is begeleiding veelal niet tijdelijk van aard, maar chronisch. Zij ontvangen het grootste deel van hun leven zorg en ondersteuning. Mensen wonen vaak jarenlang op dezelfde woonlocatie of wisselen niet frequent van werk/dagbesteding. Een begeleidingsmethodiek dient begeleiders dan ook handvatten te geven om langdurig cliënten te begeleiden. Dat vereist een doorlopende manier van handelen, bijvoorbeeld een cyclus die periodiek wordt herhaald. In deze sectie wordt beschreven hoe de doorlopende manier van handelen eruitziet in de betreffende begeleidingsmethodiek.

6. Toepasbaarheid in de Nederlandse gehandicaptenzorg

De bevindingen ten aanzien van de toepasbaarheid worden per begeleidingsmethodiek weergegeven in de tabel op pagina 432. Deze tabel is tot stand gekomen op basis van de eerder beschreven uitkomsten (6.4.2). Per onderdeel wordt het betreffende antwoord aangekruist in de tabel en indien nodig voorzien van een toelichting.

Verkrijgbaarheid methodiek	☐ Gratis/openbaar ☐ Betaald ☐ Onbekend *Toelichting:*
Nederlandstalig naslagwerk beschikbaar	☐ Ja ☐ Nee *Toelichting:*
Implementatieplan beschikbaar	☐ Ja ☐ Nee *Toelichting:*
Scholing beschikbaar	☐ Ja, noodzakelijk ☐ Ja, optioneel ☐ Ja, onbekend of deze noodzakelijk of optioneel is ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:*
Scholingskosten	☐ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:*
Certificering	☐ Ja, eenmalig ☐ Ja, inclusief hercertificering ☐ Nee ☐ Onbekend in openbare bronnen ☐ Niet van toepassing *Toelichting:*
Benodigde inzet per cliënt	☐ Bekend ☐ Onbekend in openbare bronnen *Toelichting:*

7. Wetenschappelijke onderbouwing

De sectie over de wetenschappelijke onderbouwing bestaat uit vijf paragrafen:

- 7.1. Theoretische onderbouwing
- 7.2. Ontwikkeling
- 7.3. Werkzaamheid op basis van kwantitatief onderzoek
- 7.4. Werkzaamheid op basis van kwalitatief onderzoek
- 7.5. Databank

De eerste vier zijn gebaseerd op het onderzoek naar de onderbouwing en werkzaamheid van de begeleidingsmethodiek. De vijfde paragraaf vermeldt of de begeleidingsmethodiek is opgenomen in een databank en wat het (voorlopige) oordeel is van de bijbehorende erkenningscommissie. Het oordeel (plus maand/jaar waarin de erkenning is afgegeven), een toelichting op het oordeel, de webpagina waarop het oordeel is beschreven en het bijbehorende beschrijvende rapport worden vermeld indien een begeleidingsmethodiek is opgenomen in een databank.

Databank	☐ Databank Erkende interventies voor de langdurige zorg (Vilans) ☐ Databank Effectieve jeugdinterventies (Nederlands Jeugdinstituut) ☐ Databank Effectieve sociale interventies (Movisie) ☐ Andere databank:
Erkenningscommissie	
Oordeel (maand/jaar)	
Toelichting	
Webpagina	
Beschrijvend rapport	

Bronnen over de begeleidingsmethodiek

In deze sectie worden alleen de openbare bronnen gepresenteerd die (online) vindbaar en beschikbaar zijn. De bronnen over de begeleidingsmethodiek zijn onderverdeeld op basis van herkomst (Nederland/Vlaanderen versus buitenland). Voor Nederland/Vlaanderen worden de volgende bronsoorten over de begeleidingsmethodiek opgesomd:

- Wetenschappelijke artikelen (Nederlands- en Engelstalig)
- Proefschriften
- Boeken
- Onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview
- Samenvattende documenten (brochures, rapporten)
- Scripties
- Webpagina’s

Voor het buitenland worden wetenschappelijke artikelen en proefschriften (en incidenteel boeken) meegenomen. De overige bronsoorten niet.

Overige referenties (niet over de begeleidingsmethodiek)

In deze sectie zijn referenties opgesomd die gebruikt zijn voor het maken van de beschrijving per begeleidingsmethodiek, maar die niet over de begeleidingsmethodiek zelf gaan. Denk hierbij aan een verwijzing naar een theorie waarop de begeleidingsmethodiek is gestoeld.

Bronvermelding hoofdstuk 6

AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5-TR*.

Bemelmans, W., Voss, H. & Francke, A. (2022). *Implementatie van erkende effectieve interventies in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg*. Beschikbaar: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004252.pdf.

De Bruijn, J. & Twint, B. (2019). *Handboek verstandelijke beperking: vijfentwintig succesvolle methoden*. Boom uitgevers.

Embregts, P., Didden, R. & Moonen, X. (2020). *Mensen met LVB+*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Beschikbaar: www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20LVB%2B%20december%202020.pdf.

Embregts, P., Schuengel, C. & Leusink, G. (2021). *Mensen met EVB+*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Beschikbaar: www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20EVB%2B%20juni%202021.pdf.

Kenniscentrum Sport & Bewegen, Movisie, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederlands Jeugdinstituut, RIVM, Trimbos-instituut & Vilans. (2021). *Erkenning van interventies: Criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019-2022*. Beschikbaar: www.nji.nl/sites/default/files/2021-07/Notiti-Criteria-erkenning-2019-2022.pdf.

Ouzzani, M., Hossam, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(1), 210. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4.

Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports* (12e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Schuurman, M. & De Geeter, K. (2015). *Bronnenboek van het project "Een instrument voor basiscontact tussen begeleiders en personen met ernstig meervoudige beperkingen."* Kalliope consult.

Twint, B. & De Bruijn, J. (2014). *Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden*. Boom uitgevers.

Van der Putten, A. A. J., Vlaskamp, C., Luijkx, J. & Poppes, P. (2017). *Kinderen en volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: tijd voor een nieuw perspectief*.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2019). *Kennisagenda gehandicaptensector*. Beschikbaar: www.vgn.nl/documenten/kennisagenda-gehandicaptensector.

Wereldgezondheidsorganisatie. (2022). *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-11)*. Beschikbaar: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

7.

Uitleiding



Een inventarisatie van begeleidingsmethodieken, ingedeeld per doelgroep en vervolgens beoordeeld op praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing, lijkt een eenvoudige exercitie. Niets bleek minder waar: van het prille begin (wat is een methodiek eigenlijk?) tot aan het bepalen van de onderbouwing; iedere deelvraag in dit onderzoek bleek buitengewoon lastig te beantwoorden door enerzijds een gebrek aan eenheid van taal en anderzijds de speurtocht naar informatie. Ontwikkelaars houden het graag algemeen. Ook is lang niet altijd gestructureerde en volledige informatie over de ontwikkeling, toepasbaarheid en onderbouwing van hun begeleidingsmethodiek te vinden. *De Grote Methodiekengids*, het resultaat van twee jaar hard werken door een groot onderzoeksteam, probeert deze situatie op te helderen, zo goed en zo kwaad als dat op dit moment kan.

Hoe een keuze te maken voor een begeleidingsmethodiek?

Volgens ons zijn er 28 daadwerkelijke begeleidingsmethodieken die voor dit boek een voor een zijn nageplozen en beschreven. Per doelgroep is een tabel gemaakt om de wetenschappelijke onderbouwing van de begeleidingsmethodieken te kunnen vergelijken. De wetenschappelijke onderbouwing is een belangrijk argument in het keuzeproces voor een begeleidingsmethodiek, maar niet het enige. Zoals eerder beschreven betekent 'de beste' een zorgvuldige balans tussen wetenschappelijke onderbouwing en praktische toepasbaarheid. Iedere zorginstelling kan haar eigen keuzes maken op basis van de hier gepresenteerde informatie, bij twijfel tussen twee methodieken nader onderzoek doen, op een locatie een begeleidingsmethodiek uitproberen enzovoorts. De wetenschappelijke onderbouwing bepalen op basis van openbare bronnen was regelmatig lastig, laat staan de praktische toepasbaarheid achterhalen: veel informatie over scholing(skosten), de benodigde inzet van medewerkers en implementatie is niet openbaar vindbaar. Het is dan ook aan te bevelen om de voorkeursmethodiek per doelgroep op basis van de beschrijving, wetenschappelijke onderbouwing en de reeds bekende praktische toepasbaarheid verder uit te zoeken. Om zorginstellingen te helpen met het maken van een keuze, delen wij hieronder het stappenplan dat Alliade voor hiervoor heeft opgesteld.

- Stap 1: per doelgroep wordt de begeleidingsmethodiek met de beste wetenschappelijke onderbouwing genomen als voorkeursvariant (of twee begeleidingsmethodieken bij overeenkomstige resultaten).

- Stap 2: de geselecteerde begeleidingsmethodiek wordt nader bestudeerd op basis van de praktische toepasbaarheid uit openbare bronnen. Blijkt praktische invoering niet kansrijk, dan wordt teruggegaan naar stap 1 om verder te gaan met de op één na best onderbouwde begeleidingsmethodiek. Als de geselecteerde begeleidingsmethodiek wel kansrijk is, dan wordt de nog ontbrekende informatie over praktische toepasbaarheid geïnventariseerd.
- Stap 3: de ontbrekende informatie wordt uitgevraagd bij ontwikkelaars en collega-zorginstellingen die al met deze begeleidingsmethodiek werken. Afhankelijk van de uitkomsten wordt bepaald of de praktische toepasbaarheid voldoende is of niet:
  - Als de begeleidingsmethodiek positief scoort op beide fronten (onderbouwd én toepasbaar), wordt stapsgewijs verder gewerkt aan een implementatieplan en invoering.
  - Als de begeleidingsmethodiek wisselend scoort (onderbouwd, niet of beperkt toepasbaar) wordt de beslisboom opnieuw doorlopen met de op één na best onderbouwde begeleidingsmethodiek.

  Wat praktisch toepasbaar is, verschilt per zorginstelling en kan afhangen van tal van organisatorische factoren. Het is aan iedere zorginstelling om een eigen weging te maken gebaseerd op de eigen situatie, (regionale) omstandigheden en context.

Is een keuze maken uit De Grote Methodiekengids een garantie op succes?

Een begeleidingsmethodiek kiezen is één, daarvan de vruchten plukken in de praktijk is een tweede. Alles staat of valt met goede implementatie in de praktijk, van scholing tot effectieve inbedding in het dagelijkse werkproces. En wellicht ten overvloede, dat is niet een eenmalig proces. Iedere nieuwe medewerker dient geschoold te worden in de begeleidingsmethodiek. Als het even kan blijven medewerkers zich ontwikkelen in de begeleidingsmethodiek. Werkprocessen zouden periodiek geëvalueerd moeten worden om te zien of er nog steeds volgens de begeleidingsmethodiek gewerkt wordt.

Daar komt bij dat een begeleidingsmethodiek geen toverstokje is dat alle problemen oplost. Het is een van de stappen in professionalisering. In een ideale situatie is een begeleidingsmethodiek onderdeel van een overkoepelend zorgprogramma per doelgroep. Een zorgprogramma is een samenhangend multidisciplinair geheel wat betreft de organisatie van de zorg, gebaseerd op richtlijnen en wet- en regelgeving, dat beschrijft aan welke standaarden de zorg moet voldoen. Een begeleidingsmethodiek is daar een onderdeel van, maar ook het proces van screening, diagnostiek, risico-inventarisatie en

Vertrekpunt: Overzicht begeleidingsmethodieken per doelgroep

Stap 1: Wetenschappelijke onderbouwing
Selecteer uit de vergelijkingstabel de best onderbouwde begeleidingsmethodiek.

Methodiek	Theoretische onderbouwing		Aanwijzingen werkzaamheid	
	Theorie	Ontwikkeling	Kwantitatief	Kwalitatief
Nr. 1	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: sterk
Nr. 2	Ja	Ja, controleerbaar	Aanwezig, controleerbaar Werkzaamheid: matig	Afwezig
Nr. 3	Ja	Nee	Afwezig	Afwezig

Doorloop proces opnieuw met op een na best onderbouwde methodiek

Stap 2: Praktische toepasbaarheid
Bestudeer de praktische toepasbaarheid op basis van de informatie uit openbare bronnen.

- Systematische werkwijze
- Scholing *(beschikbare materialen, kosten, certificering)*
- Inzet *(benodigde tijd per cliënt)*
- Implementatieplan voor zorginstelling aanwezig?

Kansrijk in praktijk van zorginstelling X?

nee

ja

Stap 3: Verdieping praktische toepasbaarheid
Verkrijg onbekende informatie over de praktische toepasbaarheid door uitvraag bij de ontwikkelaar(s) en navraag bij andere zorginstellingen die met de begeleidingsmethodiek werken.

3a. Missende informatie praktische toepasbaarheid opgehelderd?

- Rol van verwanten/vertegenwoordigers
- ? etc.

3b. Benodigde randvoorwaarden voor (succesvolle) invoering begeleidingsmethodiek in kaart? (gekoppeld aan implementatieplan)

- Aanpasbaarheid methodiek voor lokale situatie
- Methodisch werken (PDCA)
- Tijdsinzet en (multidisciplinaire) vergaderstructuur
- Enthousiasme/overtuiging voor implementatie bij personeel
- ? etc.

nee

Kansrijk in praktijk van zorginstelling X?

Stapsgewijs toewerken naar invoering

Figuur 7.1. Stappenplan van Alliade voor de keuze van een begeleidingsmethodiek per doelgroep.

risicotaxatie van cliënten bij intake, de eisen aan huisvesting, het scholingsplan voor alle betrokken medewerkers (ook buiten de begeleidingsmethodiek om), enzovoorts.

Een keuze voor de eeuwigheid?

Een keuze voor een begeleidingsmethodiek voor een specifieke doelgroep is geen keuze voor het leven. Vanuit organisatorisch oogpunt is vasthouden aan een gekozen begeleidingsmethodiek algauw de weg van de minste weerstand. Echter, wanneer kwaliteit écht centraal staat, evalueren zorginstellingen periodiek de keuze voor en het gebruik van begeleidingsmethodieken. Is de gekozen begeleidingsmethodiek nog steeds de beste keuze om de kwaliteit van zorg zo professioneel mogelijk te krijgen en te houden? Of zijn er inmiddels betere alternatieven op de markt?

De wereld staat niet stil en in de toekomst zullen nieuwe begeleidingsmethodieken uitkomen en bestaande begeleidingsmethodieken worden doorontwikkeld. Resultaten uit praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek geven inzicht in de (on)werkzaamheid van en ervaringen met de begeleidingsmethodiek. Tenzij ontwikkelingen daartoe eerder aanleiding geven zou eens in de, zeg vijf jaar, opnieuw een vergelijkend methodieken-onderzoek gedaan moeten worden. Daarin is het cruciaal dat zorginstellingen en medewerkers een open en lerende houding behouden waarbij alle opties op tafel liggen: de begeleidingsmethodiek behouden (eventueel verbeteringen doorvoeren) of vervangen door een betere. Het is van belang om de kwaliteit en niet de begeleidingsmethodiek voorop te blijven stellen. De centrale vraag is en blijft: wat draagt het meest bij aan kwalitatieve zorg en daarmee de kwaliteit van leven van cliënten?

Daarin zou het ook wenselijk zijn om de ervaringen van mensen met VB, bijvoorbeeld uit cliënttevredenheidsonderzoek, mee te nemen. Voor mensen met een ernstigere beperking, zoals zij die weinig tot geen verbale vaardigheden hebben, kunnen verwanten bevraagd worden die de persoon goed kennen. Het *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg* benadrukt het belang van het horen van de stem van mensen met een beperking (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022).

Toekomstig onderzoek

De 28 begeleidingsmethodieken verschillen sterk in de mate waarin ze wetenschappelijk onderzocht zijn. Begeleidingsmethodieken als Active Support en Perspectief rusten op een grote hoeveelheid aan studies, terwijl bij andere begeleidingsmethodieken het aantal studies op één hand te tellen is. Soms is er zelfs geen enkel effectonderzoek gedaan.

Vaak zijn de studies uitgevoerd door, of met betrokkenheid van de ontwikkelaars zelf. In *De Grote Methodiekengids* zijn ook boeken, scripties en websites meegenomen waarin uitkomsten van onderzoek worden opgetekend. Zulke bronnen zijn echter niet onafhankelijk beoordeeld met collegiale toetsing (peerreview) in tegenstelling tot wetenschappelijke artikelen en proefschriften die daaraan wel onderworpen zijn. Meestal gaat onderzoek over één of meerdere onderdelen van de begeleidingsmethodiek, zoals specifieke hulpmiddelen. Opvallend is het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid (het effect) van de gehele begeleidingsmethodiek. Voor 10 van de 28 begeleidingsmethodieken blijft de hamvraag volledig onbeantwoord: doet ze wat ze belooft? In openbare bronnen werd kwantitatief noch kwalitatief effectonderzoek naar deze methodieken gevonden. Naar de overige begeleidingsmethodieken is enig effectonderzoek gedaan, maar het houdt qua aantallen studies en de opzet van studies niet over. Bij slechts een enkeling (veelal als 'beste uit de bus' in de vergelijkingstabel) is meer bekend over het effect. Vanuit diverse oogpunten is het wenselijk om dat effect goed in kaart te brengen. Verbetert de kwaliteit van zorg meetbaar? Verbetert de (ervaren) kwaliteit van leven van mensen met VB? Zijn de personele en financiële inspanningen die gepaard gaan met de invoering en het gebruik van een begeleidingsmethodiek doelmatig? Met oog op de toekomst is het *Kader Passende zorg* hier helder over: "Voor zowel nieuwe als bestaande vormen van zorg moet aannemelijk zijn dat zorg effectief en doelmatig bijdraagt aan het leven van mensen" (Zorginstituut Nederland, 2022). Kortom, verder (onafhankelijk) effectonderzoek naar begeleidingsmethodieken, ook de begeleidingsmethodieken die al redelijk goed uit de bus komen, is nodig.

Aanbevelingen

Gebaseerd op onze bevindingen en de ondervonden moeilijkheden in het gehele onderzoeksproces, komen we tot twaalf aanbevelingen voor ontwikkelaars, onderzoekers, zorginstellingen en de sector als geheel:

Eenheid van taal

- Bevorder eenheid van taal (om appels met appels te kunnen vergelijken) door alleen over begeleidingsmethodieken te spreken wanneer deze voldoen aan vooraf vastgestelde criteria.
- In de praktijk is behoefte aan vergelijkend onderzoek om beargumenteerd keuzes te kunnen maken. Voorkom langdurige definitiediscussies en ga aan de slag met een

praktische werkdefinitie (zoals opgesteld in dit boek). Idem dito voor het vergelijken van therapieën, interventies, et cetera.

Onderzoek

- Bevorder onafhankelijk onderzoek naar begeleidingsmethodieken ter voorkoming van mogelijke belangenverstrengeling en bias.
- Bevorder onderzoek naar de werkzaamheid (het effect) van begeleidingsmethodieken in haar geheel. Het kiezen van passende uitkomstmaten en onderzoeksmethodes voor onderzoek naar brede begeleidingsmethodieken kan lastig zijn, maar is zeker haalbaar getuige eerdere studies. De complexiteit ervan mag bovendien geen reden zijn om het niet te doen. Door gebruik te maken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden (mixed-methods) kunnen effecten van de methodiek in kaart worden gebracht met voldoende context, door ook de ervaringen van cliënten, verwanten, begeleiders en gedragskundigen op te tekenen.
- Bevorder het publiceren van onderzoeksuitkomsten in Nederlandstalige tijdschriften met peerreview zodat onafhankelijke collegiale toetsing geborgd is, zoals in het *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, *LVB Onderzoek & Praktijk* en *Orthopedagogiek Onderzoek & Praktijk (OOP)*. Als gekozen wordt voor een Engelstalige publicatie, is het wenselijk om daarna alsnog een volwaardige Nederlandstalige publicatie uit te brengen, gezien het specifieke karakter van begeleidingsmethodieken in de Nederlandse gehandicaptenzorg en het feit dat veel medewerkers in de gehandicaptenzorg de Engelstalige literatuur niet of nauwelijks bijhouden. Voor hogescholen en universiteiten sluit deze oproep ook aan bij het landelijk programma *Erkennen en waarderen* (Universiteiten van Nederland et al., 2022) waarin afscheid genomen is van het beoordelen op impactfactoren van (Engelse) tijdschriften en meer waardering wordt toegekend aan het realiseren van maatschappelijke impact, relevantie en openbare kennisdeling.

Vindbaarheid

- Maak essentiële informatie en onderzoeksuitkomsten over begeleidingsmethodieken openbaar toegankelijk (open access). Het moet niet nodig zijn om eerst een cursus over een begeleidingsmethodiek te volgen om aan de benodigde informatie te komen waarmee kan worden bepaald of deze begeleidingsmethodiek überhaupt een kanshebber is.

- Maak informatie en onderzoeksuitkomsten over begeleidingsmethodieken beter vindbaar, bij voorkeur door ontsluiting op één centrale landelijke vindplaats (bijvoorbeeld via het Kennisplein Gehandicaptensector of Vilans) of middels een landelijk schakelpunt dat doorverwijst naar de individuele vindplaatsen, zoals websites van de begeleidingsmethodieken. Dit sluit aan bij het initiatief *Passende zorg, passende interventies* (Vilans, z.d.) waarin vindplaatsen voor interventies, dus veel breder dan alleen voor begeleidingsmethodieken, worden geïnventariseerd. Vilans onderzoekt hoe de informatie over interventies het beste kan worden ontsloten.
- Actualiseer vindplaatsen regelmatig ter voorkoming van kapotte doorverwijzingen, niet meer vindbare informatie en gedateerde informatie over cursussen, lopend onderzoek en meer.

Vergelijkbaarheid

- Vergroot de datakwaliteit per begeleidingsmethodiek en per vindplaats. Dit boek laat duidelijk zien dat verschillende elementen die van belang geacht worden in de praktijk, onder andere tal van elementen van de praktische toepasbaarheid en de onderbouwing, niet of nauwelijks uit openbare bronnen zijn te halen. Het kan ontwikkelaars helpen een landelijk richtsnoer te ontvangen dat aangeeft welke minimale informatie idealiter openbaar en uniform moet worden ontsloten.
- Integreer de uitkomsten van *De Grote Methodiekengids* in de *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg* (Vilans, z.d.) zodat niet alleen begeleidingsmethodieken in de databank worden opgenomen die ontwikkelaars zelf hebben aangemeld (huidige procedure), maar ook de overige begeleidingsmethodieken worden ontsloten.

Implementatie in zorginstellingen

- Kies voor begeleidingsmethodieken binnen zorginstellingen op basis van onderbouwing (doelmatig), niet op basis van marketing.
- Schrap of verminder het huidige gebruik van niet-onderbouwde of niet-werkzame begeleidingsmethodieken wanneer er betere alternatieven voorhanden zijn.

De Grote Methodiekengids gaat over begeleidingsmethodieken voor mensen met VB. Alles wat niet het predicaat begeleidingsmethodiek heeft gekregen is daarmee niet min-

der waardevol. Vergelijkend onderzoek is ook wenselijk voor het brede scala aan interventies en andere 'niet-begeleidingsmethodieken'.

Bronvermelding hoofdstuk 7

Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 – 2028: Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan.* Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-08/kwaliteitskompas-GHZ_augustus2023_DEF.pdf.

Universiteiten van Nederland, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, NWO, ZonMw, KNAW & Netwerk Levensbeschouwelijke Universiteiten. (2022). *Erkennen & waarderen: jaarverslag 2022.*

Vilans. (z.d.). *Databank erkende interventies voor de langdurige zorg.* Beschikbaar: www.databankinterventies.nl.

Vilans. (z.d.). *Passende zorg, passende interventies.* Geraadpleegd op 1 november 2023 van www.vilans.nl/actueel/nieuws/passende-zorg-vraagt-om-passende-interventies.

Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende Zorg*. Beschikbaar: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg.

8.

Appendices



8.1. Verklarende woordenlijst

Begeleidingsmethodiek	Een begeleidingsmethodiek is een duidelijk omschreven begeleidingswijze om de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verhogen. De begeleidingswijze is gebaseerd op een helder geformuleerde zienswijze en daarop gebaseerde uitgangspunten ten aanzien van cliënten. Het betreft een systematische, doorlopende manier van handelen om in te spelen op een specifieke zorgvraag of ondersteuningsbehoefte bij cliënten en/of hun omgeving. Het bestaat uit één of meerdere werkwijzen. Eén of meerdere onderdelen van een begeleidingsmethodiek zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing.
Kwaliteitskompas GHZ	Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 is de actualisatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. "Het doel van dit landelijk kompas is om mensen met een beperking die professionele zorg, ondersteuning of begeleiding krijgen, duidelijkheid te geven: wat mogen zij verwachten van de professionals en de organisaties waar zij wonen en/of waarvan zij zorg en ondersteuning ontvangen? Het helpt professionals en teams om zorg te verbeteren en te blijven leren en reflecteren. Het helpt leidinggevenden om voorwaarden voor kwaliteit te scheppen. En het biedt zorgaanbieders inzicht in de kwaliteit van de organisatie. Dat levert input op voor het (doorontwikkelen van) beleid en biedt een handvat voor verantwoording naar externe partijen. Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 heeft betrekking op gehandicaptenzorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt" (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022).

Probleemgedrag	"Probleemgedrag is internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is" (Embregts et al., 2019).
Verstandelijke beperking	"Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectueel als adaptief functioneren. Het ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar" (Schalock et al., 2021).
Voorliggende problematiek	Een chronische(re) beperking, stoornis of ziekte die bepalender is voor de ondersteuningsbehoefte en begeleiding dan de mate van VB.

8.2. Afkortingenlijst

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
BOL EIM	Begeleidend Ontdekkend Leren - Eigen Initiatief Model
CoC	Conceptondersteunende Communicatie
DCM	Dementia Care Mapping
DSM-5-TR	Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5e herziene druk)
EMK	Emancipatorisch Methodisch Kader
EV(M)B	Ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
EVB+	Ernstige verstandelijke beperkingen en ernstige vormen van probleemgedrag
ICD-11	Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen
IQ	Intelligentie quotiënt
KiC	Kwaliteit in Communicatie
LVB	Lichte verstandelijke beperkingen
LVB+	Lichte verstandelijke beperkingen en één of meerdere vormen van ernstig probleemgedrag en/of ernstige psychische problematiek
MVB	Matige verstandelijke beperkingen
NTZ	Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen
OOP	Orthopedagogiek: Onderzoek & praktijk
PAct	Persoonlijk Activeringsprogramma
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PWO	Afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek van Alliade
SD	Standaardafwijking
SGEVG	Sterk gedragsgestoord ernstig verstandelijk gehandicapt
SGLVG	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt
VB	Verstandelijke beperkingen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VGZ	Verstandelijk gehandicaptenzorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg

z.d.	Zonder datum
ZEVB	Zeer ernstige verstandelijke beperkingen
ZEV(M)B	Zeer ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
(Z)EV(M)B	(Zeer) ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
ZEVMB	Zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen
ZvP+	Zorg voor Participatie+

8.3. Over PWO

De afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade beantwoordt veelgehoorde praktijkvragen van cliënten, begeleiders, behandelaren en managers door middel van onderzoek. Onderzoek voldoet aan twee voorwaarden vervat in de afdelingsnaam: het komt ten goede aan de cliënt van vandaag en/of morgen (praktijkgericht) en het voldoet aan wetenschappelijke standaarden. Door hieraan te voldoen qua studieopzet, methoden, verslaglegging et cetera, wordt geborgd dat de resultaten representatief en valide zijn. Doordat PWO heel dicht bij de werkvloer staat en samen met zorgmedewerkers (en indien mogelijk cliënten) onderzoek verricht, wordt de specifieke context van de gehandicaptenzorg altijd meegenomen. Resultaten uit onderzoek vloeien terug naar de werkvloer van Alliade, maar worden ook te allen tijde op diverse manieren openbaar gedeeld.

Het onderzoek van PWO is gefocust binnen drie onderzoekslijnen:
1) LVB
2) Specialistische ouderenzorg (onder andere dementie bij mensen met VB)
3) Evidence-based screening, diagnostiek, behandeling en begeleiding

In onderzoek houdt PWO altijd cliënten en medewerkers van Alliade en daarbuiten in het achterhoofd. Daarom stoppen we niet bij het publiceren van een wetenschappelijk artikel, maar communiceren we in de volle breedte over ons onderzoek: van nieuwsbrief tot video en van website tot onze jaarlijkse Alliade Kennisdagen. En daar houdt het niet mee op: implementeren is van nog groter belang. PWO ontwikkelt niet alleen kennis, maar juist ook concrete producten waarmee de praktijk verder kan: hulpmiddelen, infographics, keuzewijzers, vragenlijsten et cetera. Enkele recente producten van PWO of waaraan PWO heeft meegewerkt:

- Alliade screening downsyndroom (ASDS): periodieke screening voor (vroeg)signalering en diagnostiek van ouderdomsverschijnselen bij mensen met downsyndroom www.alliade.nl/pwo/downsyndroom
- BPSD-DS 2 vragenlijst voor dementiegerelateerde gedragsveranderingen www.alliade.nl/pwo/bpsd-ds

- Diagnostisch hulpmiddel voor dementie bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
  www.alliade.nl/pwo/dementie-zevmb
- Screeningsinstrument voor dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking (SD-VB)
  www.alliade.nl/pwo/sd-vb
- WatchPAT
  www.alliade.nl/pwo/watchpat

Meer weten over de andere onderzoeksprojecten van PWO?

www.alliade.nl/pwo

Aanmelden voor de PWO-kwartaalnieuwsbrief: www.alliade.nl/contact/aanmelden-nieuwsbrief

www.linkedin.com/showcase/pwo-alliade

pwo@alliade.nl

8.4. Disclaimer

Terminologie

In dit boek wordt de term ‘cliënt’ gebruikt om iemand met VB aan te duiden. De term ‘begeleider’ wordt gebezigd om activiteitenbegeleiders, ambulante ondersteuners, coaches, coördinerend begeleiders, persoonlijk begeleiders, verzorgenden, (z-)verpleegkundigen et cetera aan te duiden. Orthopedagogen, orthopedagoog-generalisten, psychologen en gezondheidszorgpsychologen duiden we versimpeld aan als gedragskundige. Ieder mens is uniek en wij willen noch individuen met VB, noch individuele medewerkers hiermee te kort doen. Toch achten wij het nodig om voor eenduidigheid en zorgvuldigheid een gemeenschappelijk jargon te hanteren over de verschillende begeleidingsmethodieken heen die ieder hun eigen terminologie gebruiken.

Bronnen

Dit boek is tot stand gekomen op basis van onderzoek in openbare bronnen, te weten wetenschappelijke artikelen, proefschriften, boeken, onderzoeksartikelen en -verslagen zonder peerreview, samenvattende documenten (brochures, rapporten), scripties en webpagina’s, en dus niet op basis van gesprekken met ontwikkelaars of na het volgen van cursussen.

Van appelboren en energiecontracten tot hypotheken en zorgaanbieders, tegenwoordig is voor vrijwel alles een vergelijkingssite of overzicht van klantreviews te vinden. Voor zoiets wezenlijks als begeleidingsmethodieken die raken aan het leven van tienduizenden, zo niet honderdduizenden mensen in Nederland ontbreekt een keuzehulp. De erkende interventiedatabanken van Vilans, het Nederlands Jeugdinstituut en Movisie zijn helaas (nog) niet volledig en omvatten ook veel niet-begeleidingsmethodieken. De eerste editie van *De Grote Methodiekengids* is een serieuze poging om dat gat te vullen.

Afgaan op openbare, soms lastig vindbare bronnen brengt het risico met zich mee dat informatie over een begeleidingsmethodiek ontbreekt. Dit is dan ook meteen een oproep aan ontwikkelaars om zo veel mogelijk informatie over de toepasbaarheid, ontwikkeling en onderbouwing gestructureerd, transparant en idealiter vrij-toegankelijk aan te bieden, bijvoorbeeld op een website met een duidelijke navigatie die actief wordt bijgewerkt. Ziet u bepaalde bronnen over een begeleidingsmethodiek niet terug in de beschrijving van de desbetreffende begeleidingsmethodiek, dan nodigen we u van harte

uit om deze openbaar beschikbaar te stellen en ons hierop te wijzen via het centrale e-mailadres van de afdeling PWO: pwo@alliade.nl. Deze inbreng kan worden meegenomen in een volgende editie van *De Grote Methodiekengids*.

De Grote Methodiekengids presenteert een actueel overzicht van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking.
Om de kwaliteit van zorg te verbeteren kunnen begeleidingsmethodieken erg behulpzaam zijn voor begeleiders, behandelaren en andere betrokkenen. Een begeleidingsmethodiek geeft een medewerker onder andere een gedeelde zienswijze en concrete handvatten om systematischer te handelen. Dit vergroot handelingsbekwaamheid en helpt om beter in te spelen op specifieke behoeften en wensen van cliënten. Daarmee is het werken volgens methodieken één van de manieren voor professionalisering.
Maar wat is een begeleidingsmethodiek eigenlijk? Welke zijn er in Nederland? En voor welke doelgroepen zijn ze ontwikkeld? Aan de hand van tien criteria zijn 28 begeleidingsmethodieken gevonden en overzichtelijk samengevat. Keuzestress? *De Grote Methodiekengids*, het resultaat van twee jaar onderzoek door de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade, helpt om per doelgroep een keuze te maken onder andere aan de hand van de praktische toepasbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing.
Deze onafhankelijke gids door het methodiekenwoud is onmisbaar voor begeleiders, beleidsmakers, bestuurders, managers, onderzoekers, orthopedagogen en psychologen in de verstandelijk gehandicaptenzorg. *De Grote Methodiekengids* bundelt de beschikbare informatie uit openbare bronnen en voorkomt dat iedere zorginstelling opnieuw vergelijkend methodiekenonderzoek moet doen.

Voor iedere cliënt de juiste methodiek?

Met bijdragen van: Janet Bloemhof, Alain D. Dekker, Roos Dijkstra, Marieke Groen, Marjanne D. van der Hoek, Johanna H.M. Hovenkamp-Hermelink, Karen van Huizen-van Oosten, Irene IJpma, Sophie de Jager en Aurora M. Ulgiati.

De uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek.

alliade
University of Groningen Press

ISBN 978-94-034-3053-9
9 789403 430539